

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N^o
162

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LOUIS BONNET

Né le 14 Mai 1891, à Niort (Deux-Sèvres)

LA RÉTENTION D'URINE

DANS

LES FIBROMES UTÉRINS

(A propos de 1.000 Observations consécutives de Fibromes)

Président : H. HARTMANN, Professeur

PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LOUIS BONNET

Né le 14 Mai 1891, à Niort (Deux-Sèvres)

LA RÉTENTION D'URINE

DANS

LES FIBROMES UTÉRINS

(A propos de 1.000 Observations consécutives de Fibromes)

Président : H. HARTMANN, Professeur

PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. — Le Doyen : M. ROGER



Professeurs :	MM.		MM.
Anatomie	NICOLAS	Hygiène et clinique de la pre-	
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO	mière enfance	MARFAN
Physiologie	CH. RICHEL	Clinique des maladies des enf.	NOBÉCOURT
Chimie organ. et chimie gén.	DESGREZ	Clinique des maladies ment.	
Bactériologie	BEZANÇON	et des maladies de l'encép.	CLAUDE
Parasitologie et Histoire natu-		Clinique des maladies cutanées	
relle médicale	BRUMPT	et syphilitiques	JEANSELME
Pathologie et Thérapeutique		Clinique des maladies du sys-	
générales	MARCEL LABBÉ	tème nerveux	GUILLAIN
Pathologie médicale	SICARD	Clinique des maladies infect.	TEISSIER
— chirurgicale	LECENE		DELBET
Anatomie pathologique	LETULLE	— chirurgicale	HARTMANN
Histologie	PRENANT		LEJARS
Pharmacologie et mat. méd.	RICHAUD	— urologique	GOSSET
Thérapeutique	CARNOT		LEGUEU
Hygiène	LÉON BERNARD	— d'accouchements	COUVELAIRE
Médecine légale	BALTHAZARD		BRINDEAU
Histoire de la médecine et de		— gynécologique	JEANNIN
la chirurgie	MÉNÉTRIER	— thérapeutique méd.	JEAN-LOUIS FAURE
Pathologie expérim. et comp.	ROGER	— oto-rhino-laryngolog.	SEBILEAU
	GILBERT	— thérapeutique chirur.	DUVAL
Clinique médicale	CHAUFFARD	— propédeutique	SERGENT
	ACHARD		
	WIDAL		

II. — Agrégés en exercice :

MM.	BUSQUET	FOIX	LEMIERRE	PHILIBERT
ABRAMI	CADENAT	GARNIER	LÉVY-SOLAL	RIBIERRE
ALGLAVE	CHAMPY	HARVIER	LHERMITTE	RICHEL Fils
AUBERTIN	CHIRAY	HEITZ-BOYER	LIAN	ROUVIÈRE
BASSET	CLERC	HOVELACQUE	MATHIEU	TANON
BAUDOIN	DEBRÉ	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
BINET	I. DE JONG	HENRI LABBÉ	MOCOQUOT	VAUDESCAL
BLANCHETIÈRE	DUVOIR	LARDENNOIS	MONDOR	VERNE
BRANCA	ÉCALLE	LE LORIER	MOURE	VILLARET
BRULÉ	FIESSINGER	LEMAITRE	MULON	WELTER

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.				
CAMUS	GOUGEROT	GUÉNIOT	RETTERRER	ROUSSY

IV. — Agrégés chargés de cours de Clinique à titre permanent

MM.				
AUVRAY	LEREBOULLET	LOEPER	PROUST	SCHWARTZ
CHEVASSU	LÉRI	OMBRÉDANNE	RATHERY	TERRIEN
LAIGNEL-LAVASTINE				

V. — Chargés de cours

MM.			
MAUCLAIRE, agrégé	FREY	N...	LEDoux-LEBARD

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En hommage d'une tendre et
profonde affection.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage de la plus sincère
reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1911-1912. — M. le Professeur SERGENT.

— M. le Docteur RIEFFEL.

1912-1913. — M. le Docteur LEGENDRE

Externat

1913-1914. — M. le Professeur GOSSET.

1914. — M. le Docteur COURTOIS SUFFIT.

1919-1920. — M. le Professeur BAR.

— M. le Professeur Agrégé LEMIERRE

— M. le Professeur Agrégé LERI.

1920-1921. — M. le Professeur Agrégé CHEVASSU.

Internat

1921-1922. — M. le Professeur Agrégé LE LORIER.

— M. le Professeur Henri HARTMANN.

1922-1923 — M. le Professeur Agrégé MOCQUOT.

— M. le Professeur J.-L. FAURE.

1923-1924. — M. le Professeur Agrégé R. PROUST.

— M. le Professeur GOSSET.

1924-1925. — M. le Docteur LAPOINTE.

A Messieurs les Professeurs Agrégés CADENAT, DES-
MAREST, LEQUEUX OKINCZIG.

A Messieurs les Docteurs L. BAZY, BERGERET,
B. DESPLAS, GOUVERNEUR HOUDARD, R. MONOD,
chirurgiens des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547526_0029

PRÉFACE

En 1875, Barnes¹, dans un article sur les relations de la vessie avec les affections utérines et para-utérines, écrivait dans *La Lancet* :

« Lorsqu'un malade se plaint de souffrir dans un organe ou d'éprouver des troubles dans l'accomplissement des fonctions physiologiques de cet organe, il ne s'en suit pas nécessairement que celui-ci est le siège réel de la maladie. Ce principe est particulièrement vrai pour la vessie de la femme, tellement vrai, que dans la majorité des affections vésicales chez elle, c'est en dehors du réservoir urinaire qu'il faut chercher la cause. Pour remonter à la valeur diagnostique des souffrances que la malade rapporte à la vessie, il est indispensable de faire un examen complet, non seulement de ce dernier organe, mais de tous les autres organes renfermés dans le petit bassin. »

Et plus loin :

« La vessie est intimement associée avec l'utérus et le vagin et participe si fréquemment aux affections de

ces organes, soit directement, soit indirectement, que l'étude clinique des symptômes rapportés à la vessie, chez la femme, est le plus souvent du domaine de la gynécologie. »

GÉNÉRALITÉS

L'existence de troubles vésicaux aux cours de l'évolution de certains fibromes utérins est fréquente; elle se trouve signalée dans tous les traités de gynécologie et a déjà fait l'objet de quelques travaux d'ensemble comme les thèses de Pourrat⁷⁴, Castet¹¹, Mainvielle⁶⁷, M^{lle} Kagan⁴⁷, Dionet²⁴, et les articles de Legueu⁵⁶, Burgos⁹, Hartmann et nous-mêmes⁴¹.

Nous croyons devoir insister à nouveau sur l'importance de ces troubles vésicaux pour bien montrer que dans certains cas — assez fréquents, comme nous le verrons — ces troubles passent au premier plan et que des malades viennent consulter *uniquement* pour des symptômes urinaires, voire même en état de rétention aiguë, sans aucun autre symptôme fonctionnel pouvant faire penser à l'existence d'un fibrome qui n'est découvert qu'au cours de l'examen de la malade.

Il en résulte que tous ces troubles vésicaux, et en particulier la rétention d'urine, ont une grande valeur séméiologique. Dans son enseignement oral, Siredey⁹⁰ a

insisté également beaucoup sur cette valeur séméiologique de la rétention d'urine chez la femme présentant un fibrome au début; c'est en se basant sur ce symptôme qu'il lui fut possible de poser à distance un diagnostic de fibrome, qu'un examen ultérieur confirma.

Ces troubles vésicaux sont variés. Le plus fréquent est la pollakiurie, presque toujours diurne; l'hématurie, la cystite et l'incontinence sont beaucoup plus rares, mais, le plus important, le plus grave et le plus bruyant dans ses manifestations est la rétention d'urine. C'est uniquement cette rétention d'urine qui fait l'objet de notre travail

Notre travail est basé sur l'étude de 99 observations de fibromes accompagnés de rétention d'urine. Parmi celles-ci, 38 ont été trouvées en dépouillant 1.000 observations consécutives de fibromes puisées dans la collection que le Professeur Hartmann a bien voulu mettre à notre disposition. Deux nous sont personnelles, l'une a été prise dans le Service du Docteur Proust, l'autre dans le Service du Docteur Lapointe. Les 59 autres observations ont été recueillies par nous dans la littérature médicale : quelques-unes dans des travaux d'ensemble, et d'autres, isolées, dans des publications diverses. Presque toutes nos observations concernent des malades ayant été opérées ou autopsiées afin d'être certain du diagnostic posé et d'avoir des précisions sur la situation du fibrome,

Fréquence de la rétention. — Pour établir la fréquence de cette complication des fibromes, nous ne pouvons pas tenir compte des observations isolées, et nous ne pouvons nous servir que de la statistique faite avec les observations du Professeur Hartmann, prises dans une série de mille observations consécutives de fibromes opérés tant à l'hôpital qu'en ville (691 à l'hôpital, 309 en ville).

Sur 1.000 observations de fibromes, nous en trouvons 38 dans lesquelles était signalée de la rétention d'urine, soit 3,8 %. Ce chiffre est certainement beaucoup plus élevé qu'il ne l'est dans la réalité. Cela tient à ce que les 691 observations d'hôpital correspondent à deux périodes différentes, l'une du 14 février 1901 au 24 décembre 1907, l'autre du 25 décembre 1907 au 10 juillet 1923. Dans la première, le Professeur Hartmann était chef du service des voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière, dans la deuxième, il était à la tête d'un service de chirurgie générale. Or, sur les 103 fibromes de la première période, nous en avons trouvé 15 avec rétention d'urine, soit 14,56 %, et sur les 588 fibromes de la deuxième période, nous n'en avons trouvé 12, soit 2,04 %.

C'est ce dernier chiffre qui peut être pris comme représentant la fréquence de cette complication des fibromes; il n'est d'ailleurs pas très éloigné du pourcentage (1,5 %) indiqué par Kelly et Cullen⁴⁹.

Ce qui montre bien encore l'importance sémiologique des troubles vésicaux et en particulier de la rétention.

tion d'urine, c'est que sur les 27 observations d'hôpital du Professeur Hartmann, nous voyons que 15 malades présentaient uniquement des symptômes urinaires, (rétention, pollakiurie, etc...), *sans aucun autre symptôme fonctionnel de fibrome* et que 9 malades — avec ou sans symptômes de fibromes — sont entrées *en état de rétention complète*.

Fréquence relative de rétention d'urine et des autres troubles vésicaux. — Parmi les 1.000 fibromes du Professeur Hartmann, nous en avons trouvés 85 qui, sans rétention, déterminaient des troubles urinaires divers, de la pollakiurie tout particulièrement; mais, là encore, si nous considérons seulement la deuxième période d'hôpital, qui est plus longue et dans des conditions moins spéciales que la première, en dehors des 12 cas de rétention d'urine, nous trouvons 37 cas des troubles urinaires divers, soit sensiblement 3 fois plus que des cas de rétention. Dans l'ensemble, nous voyons que dans cette même période, sur les 588 cas, il y en a 49 avec des troubles urinaires signalés, depuis la simple dysurie jusques et y compris la rétention, soit 8, 35 %, ce qui est loin du chiffre de 66 % indiqué par Paul Delbet¹⁹. Il n'en est cependant pas moins vrai que les troubles urinaires, à un degré plus ou moins marqué suivant les cas, sont extrêmement fréquents chez les femmes ayant un fibrome utérin. « Si l'on interroge systématiquement, à ce sujet, écrit Brin⁷, les femmes ayant un fibrome, il est bien

rare qu'elles n'avouent en avoir été incommodées à un moment ou à un autre de leur maladie. » C'est ainsi que dans la statistique de ville du Professeur Hartmann, sur les 309 observations, il y en a 48 avec des troubles urinaires divers (y compris les 8 avec rétention), soit un pourcentage total de 15,53 %, chiffre beaucoup plus élevé que celui de l'hôpital, probablement parce que les malades ont été interrogées de façon plus complète à ce point de vue.

Fréquence de la rétention d'urine dans les fibromes du col et dans les fibromes intra-ligamentaires. — Pour établir cette fréquence nous ne nous servons encore que des éléments recueillis dans les 1.000 observations du Professeur Hartmann.

1) *Fibrome du col.* — Parmi ces observations de rétention d'urine nous n'en avons trouvé que 4, causées par des fibromes du col. Mais il faut bien savoir que les fibromes du col sont beaucoup moins fréquents que ceux du corps et sur 1.000 observations, nous n'en avons trouvé que 20, soit 2 % de la totalité des fibromes. Ce chiffre est d'ailleurs inférieur à celui de 8,5 % indiqué par Legall-Lassalle⁵⁴, dans sa thèse sur les fibromes du col. La rétention d'urine dans les fibromes du col serait donc d'une fréquence relative très grande, soit 20 %. Ce chiffre beaucoup plus élevé que pour l'ensemble des fibromes est voisin de celui que l'on obtient d'après la

thèse de Legall-Lassalle⁵⁴, 23 cas de rétention aiguë ou chronique incomplète sur 80 observations, soit 28,75 %.

2) *Fibromes intraligamentaires*. — Il en est de même pour les fibromes intraligamentaires où la fréquence des troubles urinaires est grande (Bouvier⁶). Sur nos 1.000 observations, il existe 60 fibromes intraligamentaires, soit 16 % de la totalité de fibromes. (Pour Bouvier⁶, 10 % environ.) Parmi ces 60 fibromes intraligamentaires, 13 ont provoqué des troubles urinaires divers (pollakiurie, etc.) et 5, ont déterminé de la rétention d'urine. Le pourcentage de la rétention est donc 8,33 %. Sur les 44 observations de fibromes intraligamentaires de la thèse de Bouvier⁶, 4 ont déterminé de la rétention d'urine, soit 11,36 %. Tous ces chiffres sont plus élevés que ceux indiqués précédemment pour l'ensemble des fibromes.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie vésicale est tout à fait indépendante de la symptomatologie utérine qui peut être plus ou moins réduite ou même complètement absente, puisque sur les 27 malades d'hôpital de la série d'observations du Professeur Hartmann, quinze sont venues *uniquement* pour des symptômes urinaires, dont 10 pour des crises de rétention d'urine uniques ou répétées, sans aucun symptôme fonctionnel pouvant faire penser à l'existence d'un fibrome. Cette particularité extrêmement importante est également relevée dans un certain nombre d'autres observations.

Age. — L'âge des malades de nos observations est compris entre 28 et 60 ans, 6 ont leur ménopause.

Début de la rétention. — Souvent, la rétention complète d'urine se produit d'emblée, sans être précédée d'aucun symptôme, ayant attiré l'attention du côté de l'appareil urinaire. D'autres fois, au contraire, il s'agit de malades chez lesquelles il existe une période plus ou

moins longue de symptômes variés : douleurs à la miction, attente plus ou moins prolongée avant de pouvoir uriner, nécessité de la station debout pour la miction, mictions nécessitant des efforts, mictions impérieuses et surtout de la pollakiurie, le plus souvent diurne.

Elat de rétention. — Quoi qu'il en soit, lorsque la malade est à la période de rétention complète, et rappelons que dans la série d'observations du Professeur Hartmann, neuf malades se sont présentées dans cet état, elle éprouve des douleurs hypogastriques de plus en plus violentes, qu'elle compare parfois aux douleurs de l'accouchement, les envies d'uriner sont de plus en plus impérieuses et malgré tous ses efforts la malade ne peut arriver à les satisfaire. A l'inspection, au palper, à la percussion et au toucher vaginal, on constate qu'il existe un globe vésical plus ou moins volumineux, que le cathétérisme fera disparaître. Le fond de la vessie peut être perçu jusqu'au niveau de l'ombilic comme dans les observations XLIX, LII, LXIII, LXXXIII et LXXXV. Dans les trois dernières, la situation du fond vésical fut déterminée à l'aide d'un explorateur métallique ou d'une sonde dont l'extrémité était sentie à travers la paroi abdominale.

Terminaison. — Dans quelques cas, très rares, cette rétention d'urine peut céder spontanément, au bout de quelques heures (obs. XVIII, LX, LXV et LXXV). Il est vrai, que dans les trois premières observations, après une

ou plusieurs crises de rétention terminées spontanément, il en survint d'autres nécessitant le cathétérisme. Dans cet ordre d'idées, nous pouvons signaler la malade de l'observation III, chez qui la rétention d'urine céda à des lavements et à des injections chaudes, celle de l'observation X, qui arrivait à uriner en s'aidant de la pression des mains sur la vulve et celles des observations LXXXIII et LXXXV chez qui la vessie pouvait être vidée complètement par une pression abdominale, associée. pour la dernière à un refoulement de la masse que l'on sentait dans le cul-de-sac postérieur. Ce refoulement de la masse par l'intermédiaire du cul-de-sac postérieur du vagin, déterminant un écoulement d'urine, est tout à fait analogue à la manœuvre désignée parfois sous le nom de manœuvre de Laroyenne⁵² et qui a été étudiée dans la rétention d'urine produite par la rétroversion de l'utérus gravide (Seyre⁸⁹, Trillat⁹⁸).

Mais, en règle générale, la rétention d'urine aiguë est complète et elle rend le cathétérisme absolument indispensable. Ce cathétérisme se fait presque toujours sans difficultés. Dans quelques cas cependant l'urètre était « comprimé » (obs. XCIII), « déviée et serrée contre la symphyse » (obs. XCI), ou bien pour introduire la sonde, il était nécessaire d'abaisser fortement son bec (obs. XVIII et XLII). Dans le cas de Legueu⁶⁵ (obs. LXVI), le méat urétral était tellement remonté sur la face antérieure du vagin que le cathétérisme fut impossible. Dans quelques cas enfin, pour vider complètement la vessie.

il fut nécessaire d'introduire la sonde très profondément; c'est ce qui se produisit en particulier dans l'observation XCIV où un cathétérisme pratiqué sans difficultés à l'aide d'une sonde masculine ne ramena qu'une petite quantité d'urine, alors qu'un cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde droite en verre, que l'on fut obligé d'introduire verticalement, donna issue à trois litres d'urine. Il s'agit probablement d'un fait analogue dans l'observation XXIII, où, malgré un cathétérisme préopératoire, ayant ramené la valeur d'une miction normale, on trouva cependant à l'intervention une énorme vessie contenant environ trois litres d'urine. Dans l'observation LII, après introduction d'une sonde, l'écoulement d'urine s'arrêta après un litre, on constata cependant ultérieurement que la vessie contenait trois litres d'urine. Mais nous n'avons pas trouvé d'observations analogues à celles signalées par Paul Delbet¹⁹, dans lesquelles la vessie parésiée ne se vidait pas après introduction d'un cathéter. La quantité d'urine recueillie est variable, elle peut être considérable et atteindre trois litres (obs. XXIII, LII, LIX, LXXIV et XCIV), six litres (obs. L) et même huit à dix litres comme dans les observations IV et XCVIII.

Evolution. — Cette première crise de rétention aiguë étant terminée les phénomènes se passent de façons différentes suivant les cas :

1. — Parfois, après un (obs. LXXXII) ou plusieurs

cathétérismes, les mictions redeviennent spontanées et normales, et la rétention n'est alors qu'un simple épisode. Assez souvent, malgré le retour des mictions spontanées il persiste un peu de pollakiurie. Mais, le plus fréquemment, cette période de mictions spontanées n'est que transitoire et des crises de rétention complètes surviennent à nouveau, succédant aussi bien à une phase de mictions normales qu'à une phase de pollakiurie.

2. — Dans d'autres cas, la rétention d'urine persiste, s'installe définitivement, elle est chronique et complète et il est nécessaire de sonder les malades jusqu'à ce qu'elles soient opérées (obs. VIII, XI et XXI) ou jusqu'à leur mort (obs. XLII), (1871).

3. — Enfin, parfois après une ou plusieurs crises de rétention aiguës, ou même *d'emblée*, la rétention est chronique, mais incomplète; il existe bien des mictions spontanées, mais si l'on vient à sonder la malade après une miction, on constate qu'il existe un résidu vésical que l'on peut évacuer (obs. V, LXX et LXXXIII). Cette rétention chronique incomplète s'accompagne en général de distension vésicale, comme cela est rapporté dans plusieurs observations. Cette distension peut entraîner des mictions par regorgement, comme dans les observations XXIII, XLVII, LXVI, LXXV, XCI, XCIII et XCIV. Ces mictions par regorgement sont d'autant plus intéressantes à connaître, qu'en raison de la persistance des mictions spontanées, elles peuvent fort bien passer inaperçues et entraîner une erreur de diagnostic comme

dans les observations XLVII, XCI. XCIV où le globe vésical fut pris pour une tumeur kystique. Dans d'autres cas, la distention peut entraîner de l'incontinence d'urine par regorgement, soit intermittente, comme dans les observations X et XXIII où il persistait cependant des mictions spontanées, soit continue, comme dans les observations XLVI, LI, LII, LIX et LXV dans lesquelles il n'y avait plus de mictions spontanées et où l'urine s'écoulait goutte à goutte. Mais il faut bien remarquer qu'il s'agit là d'une fausse incontinence qu'il ne faut pas confondre avec l'incontinence véritable qui est exceptionnelle et dont nous n'avons trouvé que de rares observations (Pousson⁷⁵ — M^{lle} Kagan⁴⁷, obs. VII — Legall Lasalle⁵⁴, obs. LXXIV).

En résumé, symptomatologie très comparable à celle de la rétention d'urine que l'on trouve au cours du développement des adénomes prostatiques.

Résultat des interventions sur les troubles urinaires.

— Dix malades ne furent pas opérées; presque toutes celles qui le furent virent leurs troubles urinaires disparaître très rapidement et eurent des mictions spontanées dans les heures qui suivirent. C'est ainsi, entre autres, que la malade de l'observation XCIV, 6 heures après l'opération, avait des mictions spontanées, vidant complètement la vessie, alors que depuis sept jours, elle n'avait que des mictions par regorgement. Cependant dans quelques cas, très rares, il peut persister

un peu de douleur à la miction pendant quelque temps (obs. LXXII), un peu de pollakiurie (obs. XLV et LII), ou même de la rétention, soit partielle pendant quelques jours (obs. LXVII), soit de façon plus prolongée (obs. XLIII). Enfin dans l'observation de Lauwers, citée par Venot¹⁰⁰, les phénomènes de rétention persistèrent malgré tous les traitements employés et finirent par disparaître spontanément au bout de deux ans.

Moment de la rétention. — Le moment de l'apparition de la rétention complète n'est pas toujours précisé dans nos observations, mais lorsqu'il l'est, on constate que, sauf une où la rétention s'est produite le soir (obs. XVI), c'est toujours le matin au réveil que les malades ont constaté que malgré tous leurs efforts, elles ne pouvaient arriver à émettre la moindre goutte d'urine.

Dans un certain nombre de cas, la rétention d'urine est en rapport très net avec la période menstruelle et il existe à ce sujet quelques observations absolument caractéristiques. C'est ainsi que dans l'observation XVII, il s'agit d'une femme qui présente de la rétention complète d'urine pendant les deux jours qui précèdent ses règles et pendant la durée de celles-ci, avec mictions normales dans leur intervalle. Dans l'observation XIX, il s'agit encore d'une femme qui, pendant les six derniers mois précédant son entrée à l'hôpital, présente des troubles de la miction quelques jours avant ses règles : mictions toutes les demi-heures environ, la nuit comme le jour,

avec nécessité de se mettre debout pour pouvoir uriner. Les mictions sont peu abondantes, peu douloureuses, les urines claires, enfin, fait important, si la malade se retient d'uriner, elle ne peut plus le faire ensuite, et il faut qu'on la sonde. Tous ces troubles disparaissent avec l'apparition des règles. Mais pendant le dernier mois ces troubles sont presque continuels. La malade de l'observation XX, présente de la rétention avant et pendant ses règles. Celle de l'observation XXII constate, pour la première fois, quatorze mois avant son entrée à l'hôpital et deux jours avant ses règles, à sept heures du matin, qu'elle ne peut uriner et est obligée de se faire sonder. Le soir, elle urine spontanément. Les règles viennent normalement. Pendant trois ou quatre mois de suite, toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire deux jours avant ses règles, la malade doit se faire sonder une fois, après quoi les mictions sont normales. Puis, les crises de rétention d'urine apparaissent pendant l'intervalle des règles et augmentent progressivement de fréquence. Dans l'observation XXIV, il s'agit d'une malade présentant déjà depuis quelques mois de la difficulté pour uriner et qui, deux mois avant son entrée à l'hôpital et deux jours avant ses règles, fait de la rétention et vient se faire sonder à l'Hôtel-Dieu.

Dans l'observation XXV, on voit une femme présenter plusieurs rétentions aiguës successives dont la dernière coïncide avec ses règles très douloureuses et très abondantes. La coïncidence de la rétention avec les règles est

encore signalée dans les observations XL, LXXVI, LXXXI et XCIV. Remarquons bien et nous insistons sur ce point que la rétention survient presque toujours au moment de la période prémenstruelle pour disparaître en général avec le début des règles, mais qu'elle peut persister parfois pendant la durée de ces dernières et qu'il n'y a qu'un cas (obs. LXXVII), où la rétention survint après les règles. On peut également rapprocher de ces cas, ceux dans lesquels les rétentions coïncident avec de fortes hémorragies et des douleurs pelviennes très vives, mais en dehors des règles, comme dans les observations I et XIV. Dans l'observation LXXIII de Monod⁶¹, les troubles urinaires sont indépendants des périodes menstruelles, mais la fatigue a toujours joué le rôle de cause occasionnelle.

Dans l'observation IV, la rétention survint après une chute sur le bassin (chaise retirée brusquement au moment où la malade allait s'asseoir) et qui a probablement déterminé une bascule de l'utérus, car au moment de l'examen on trouve une très grosse masse postérieure remplissant l'excavation avec un col haut placé au-dessus de la symphyse.

Nous verrons, ultérieurement, comment tous ces faits pourront être interprétés pour expliquer le mécanisme de ces rétentions.

Complications. — Deux complications seulement sont

signalées au cours de ces rétentions d'urine : l'hématurie et la cystite; elles sont d'ailleurs très rares.

Hématurie. — L'hématurie a été retrouvée dans huit observations.

Dans l'observation III, la malade présentait de l'hématurie depuis huit mois, bien antérieurement à la rétention.

Dans l'observation IV, il s'agit d'une femme en rétention complète depuis huit jours, à qui on aurait retiré huit à dix litres d'urine, en deux fois, pour ne pas vider la vessie trop rapidement. A la suite de ce cathétérisme, les mictions deviennent plus fréquentes, avec « des urines mélangées de sang et de filaments blanchâtres ». Ultérieurement, les urines redeviennent claires malgré la persistance de la pollakiurie et quatre mois après sa rétention complète, la malade urine encore du sang en assez grande quantité pendant trois jours.

Dans l'observation VI, il s'agit d'une femme qui, à sa deuxième crise de rétention aiguë, reste trois jours sans uriner; on la sonde et elle évacue alors trois litres d'urine trouble. La rétention persiste, nécessitant des cathétérismes plusieurs fois par jour, et comme la malade quitte l'hôpital elle se sonde elle-même. Depuis ce moment, les douleurs hypogastriques sont beaucoup plus violentes, surtout après la miction; c'est dans cet état que la malade aurait uriné deux fois du sang dans des conditions non précisées.

Dans l'observation L « l'urine s'écoule goutte à goutte et est teintée de sang ». On aurait évacué six litres d'urine.

Dans l'observation LI « la fin de la miction était toujours troublée par une légère émission de sang franchement rouge ».

Dans l'observation LXVII « de temps en temps un peu de sang était mélangé à l'urine ».

Dans celle de Sieberg, citée par Legueu⁵⁶, on retira par cathétérisme au premier examen deux litres d'urines sanglantes.

Parmi ces cas d'hématurie au cours de rétention, dans cinq cas, il existait de la distension vésicale de façon évidente et il semble que ce soit à cette distension que l'on puisse attribuer ces hématuries qui apparaîtraient alors comme analogues aux hématuries spontanées survenant en dehors de tout cathétérisme, que l'on rencontre parfois chez les prostatiques à vessie distendue. Cependant, dans l'observation VI, il s'agissait d'un fibrome de la paroi antérieure du col, enlevé par myomectomie vaginale et que l'intervention montra se trouver en bordure de la vessie. On pourrait donc se demander si cette hématurie n'était pas en rapport avec la situation du fibrome et par suite analogue à celle survenant en dehors de toute rétention.

Ces hématuries, en dehors de toute rétention, sont rares; il en existe cependant quelques observations, comme celles d'Hartmann³⁷, de Loumeau⁶⁰, de Loubat

et Mange⁵⁹. Dans les deux premières, l'hématurie coïncidait avec l'existence d'une masse faisant saillie dans la vessie, si bien qu'on pensa à une tumeur vésicale, et ce ne fut qu'après ouverture de la vessie qu'on se rendit compte de l'erreur. Ces faits sont intéressants et ils nous conduisent à ceux, où l'on a vu la vessie se perforer par une sorte d'usure au contact du fibrome (Deleuze²², obs. I — Demarquay²³).

Cystite. — Ces rétentions d'urine, nécessitant le cathétérisme plus ou moins souvent, sont cependant bien loin de s'accompagner aussi fréquemment de cystite que les rétentions des prostatiques. Il est probable que c'est uniquement parce que cette complication des fibromes décide la malade à se faire opérer rapidement. Dans trois cas cependant, l'existence de cystite est signalée (obs. VI, LVI et LXXXVIII). Dans le premier cas, la cystite semble bien due au cathétérisme, car la malade s'est sondée elle-même pendant un certain temps.

Il ne s'agit là que de cystites simples, mais on peut trouver des cas de cystites pseudo-membraneuses et même de cystites gangréneuses, analogues à celles que l'on a décrit au cours des rétentions d'urine causées par la rétroversion de l'utérus gravide (Pinard et Varnier⁷³, Trillat⁹⁸). C'est ainsi que dans l'observation XLVI, la malade rétentionniste avait des urines « noirâtres et extrêmement fétides » et qu'après l'intervention elle élimina « de véritables lambeaux de muqueuses ». Dans

l'observation LI, la malade avait « des urines filantes, glaireuses, purulentes, alcalines et répandant une odeur infecte de putréfaction ». Un mois après le début des accidents, elle expulsa « une membrane assez épaisse, putréfiée, ayant une odeur infecte, représentant le moule exact de la vessie »; mais à l'examen histologique, on constata qu'il s'agissait d'une fausse membrane. Chez la malade de l'observation XCVIII, où il existait une gangrène partielle de la vessie, on recueillit au premier cathétérisme « dix litres d'urines troubles, sanguinolantes et nauséabondes ».

Il ne faut pas confondre la cystite véritable avec les phénomènes de cystalgie (Legueu⁵⁵, Venot¹⁰⁰), ou de névralgies vésicales (Hartmann³⁹), caractérisant ce que les auteurs anglais appellent la « vessie irritable ». Il y a bien dans ces cas de la pollakiurie et du ténésme vésical, mais les urines sont claires. Les phénomènes de pseudocystite peuvent n'être pas rapportés à leur cause véritable, comme chez cette malade dont parle Brin⁷, à qui on faisait des lavages vésicaux depuis deux ans et qui guérit après hystérectomie; il en fut de même pour la malade de Metzger⁶⁵ qui était soignée par son médecin depuis plusieurs mois pour de la « cystite » et dont tous les troubles disparurent après hystérectomie.

Retentissement rénal. — En dehors de deux observations dans lesquelles on trouva à l'autopsie une pyélonéphrite unilatérale dans une (obs. LI), une pyonéphrose

bilatérale dans l'autre (obs. XCIII), nous en avons trouvé quelques-unes dans lesquelles il existait un certain retentissement rénal. C'est ainsi que dans les observations X, LXII, LXXXII et XCVI, on signale la présence d'albumine. Dans l'observation XLVI, la malade présentait des phénomènes d'urémie que l'auteur pense être « consécutifs à la rétention vésicale au moins autant qu'à la compression des uretères ». Dans l'observation LXVI, l'analyse d'urine totale (le cathétérisme n'ayant pu être pratiqué), montra qu'il existait une diminution très nette de l'excrétion de l'urée et des chlorures; au départ de la malade après l'intervention, le taux de l'urée et des chlorures était notablement augmenté et presque normal. Notons que dans aucune de nos observations, on ne rechercha l'azotémie ou la constante d'Ambard, pouvant préciser un certain degré d'insuffisance rénale. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, ces phénomènes sont rares et les rétentions n'ont en général pas le temps de retentir sur le rein, comme dans celles déterminées par les adénomes prostatiques, en raison de la précocité avec laquelle les malades se font opérer. Ces phénomènes d'insuffisance rénale ont cependant une grande importance et doivent être recherchés systématiquement, même en dehors de toute rétention, pour permettre d'éviter dans une certaine mesure les accidents d'urémie post-opératoires que l'on a signalés (Rochet⁸¹, Pellanda⁷²).

Examen cystoscopique. — L'examen cystoscopique peut rendre parfois de très grands services; nous ne l'avons trouvé rapporté que dans quatre observations (obs. LX, LXX, LXXI et LXXV). L'introduction du cystoscope présente souvent quelques difficultés surtout en ce qui concerne la direction à lui donner pour le faire pénétrer; il est parfois nécessaire de l'incliner fortement, soit en bas et en arrière, soit latéralement. Une fois le cystoscope en place, on peut éprouver de la peine à le manœuvrer en raison de la déviation qu'il conserve. Chez la malade de Papin (obs. LXXV), qui était une femme maigre, la simple transparence montra une zone lumineuse s'étendant jusqu'à l'ombilic, indiquant que la vessie remontait jusqu'à ce niveau. Mais l'examen cystoscopique proprement dit, permet de se rendre compte de la situation et de la déformation de la vessie : il permet de constater des lésions de cystite ou l'existence de colonnes et de cellules, lorsque la rétention est ancienne. La recherche des uretères, tout comme chez les prostatiques, est souvent délicate. Dans trois des cas précédents, la cystoscopie montra l'existence d'une saillie recouverte de muqueuse saine et déterminée par la présence d'un fibrome. Il est vrai que cette constatation peut confirmer une erreur de diagnostic, comme chez cette malade non rétentionniste de Loumeau⁶⁰, déjà citée, qui présentait des hématuries et chez laquelle un examen cystoscopique montra qu'il existait dans la vessie une saillie recouverte par une muqueuse lisse mais très con-

gestionnée. On conserva le diagnostic de tumeur vésicale déjà posé, alors qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'utérus. Le cystoscope permet, en outre, de se rendre compte de la congestion vésicale qui peut accompagner certains fibromes en dehors de toute rétention (Legueu⁵⁵, Loubat et Mange⁵⁹). La cystoscopie a également permis de mettre en évidence la congestion vésicale pendant la période menstruelle. Zukerkandl, cité par Legueu⁵⁵, a même pu, dans ces circonstances, constater la présence de veines variqueuses. Nous verrons ultérieurement tout l'intérêt que peut présenter cette congestion vésicale.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces rétentions d'urine est en général très facile : les malades attirent elles-mêmes l'attention du côté de l'appareil urinaire et le globe hypogastrique, plus ou moins développé, que l'on perçoit, disparaît après le cathétérisme. Ce n'est que dans le cas tout à fait exceptionnel, dont nous avons déjà parlé, de vessie parésiée, que le cathétérisme pourrait — si l'on ne prenait la peine de comprimer la vessie à travers la paroi abdominale — être insuffisant pour établir le diagnostic de rétention et conduirait à celui d'anurie. L'anurie par fibrome est très rare et nous n'en avons trouvé que quelques cas dans la thèse de Fraysse²⁸ et dans celle de Pellanda⁷². Cependant, dans certains cas de rétention chronique incomplète avec distension et mictions par regorgement, le caractère de ces dernières

peut passer inaperçu et les faire prendre pour des mictions normales, surtout si, comme dans les observations XXIII, XLVII, XCI et XCIV, la vessie, sondée, se vide incomplètement. Ceci peut même entraîner une erreur de diagnostic et faire prendre le globe vésical pour un kyste de l'ovaire (obs. XLVIII, XCI, XCIV). Dans l'observation XCIV (1874), cette erreur entraîna une ponction de la vessie au trocart. La fausse incontinence que l'on trouve également dans certains cas de rétention chronique avec vessie distendue (obs. X, XXIII, XLVI, L, LI, LIX, LXII et LXVII), ne doit pas être confondue avec l'incontinence véritable dont nous avons signalé l'existence mais qui est extrêmement rare.

Le diagnostic de rétention d'urine étant posé, il est surtout important de rapporter cette rétention à sa cause véritable, ce qu'un examen gynécologique attentif fera aisément. Or, il est bien certain que de toutes les affections gynécologiques, le fibrome est le plus gros facteur de rétention d'urine, à tel point qu'il est possible d'en faire le diagnostic à distance (Siredey⁹⁰), surtout si cette rétention coïncide avec l'époque menstruelle.

Cependant, indépendamment des affections inflammatoires et des rétroversions d'utérus gravides qui peuvent s'accompagner de rétention d'urine, nous avons trouvé quelques cas d'affections gynécologiques, accompagnées de rétention d'urine telles que : rupture de grossesse tubaire (Muret⁶⁹, obs. VI), fibrome de la paroi postérieure du vagin (Patel⁷¹), fibrome de la face antérieure du

vagin (Gaudichon³¹, obs. I), kyste dermoïde des deux ovaires (Chalier¹³), allongement hypertrophique du col (Delbet²¹), kyste hydatique du bassin (Hartmann⁴⁰), etc...

Nous avons trouvé peu d'observations de kyste de l'ovaire ayant déterminé de la rétention d'urine. Les kystes de l'ovaire donnent très rarement des troubles urinaires (Terillon⁹⁴, Fraysse²⁸); cela tient probablement à ce que les kystes de l'ovaire naissent latéralement au niveau du détroit supérieur, qu'ils prennent un développement abdominal dès qu'ils sont volumineux, et que, de plus, il s'agit de masses liquides.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — SITUATION DES FIBROMES

Les troubles vésicaux, et entre autres la rétention, dont nous nous occupons actuellement, sont regardés dans presque tous les traités de gynécologie comme étant en rapport avec la présence de fibrome du col et en particulier de ceux occupant la face antérieure. Nous pourrions, à ce sujet, multiplier les citations, mais nous nous contenterons de rappeler ce qu'on trouve dans les trois traités de gynécologie les plus répandus actuellement en France. Dans Pozzi⁷⁷, nous trouvons : « Les troubles vésicaux s'observent dans les petits fibromes de la face antérieure de la matrice, en arrière du pubis, en rapport immédiat avec le col de la vessie. » Dans Faure et Siredey²⁶ : « La pression des fibromes de la région antérieure sur la vessie gêne son expansion et provoque des mictions plus fréquentes accompagnées de dysurie, de ténesme. Parfois l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contracture réflexe du sphincter vésical et de la rétention d'urine. » Dans Forgeue et Massa

buau²⁷ : « Les symptômes des compressions vésicales s'observent fréquemment dans les fibromes du col. »

La plupart des auteurs qui ont étudié les complications urinaires des fibromes ont également eu, presque toujours, en vue les fibromes du col (Haultain⁴², Legueu⁵⁶, Schauta⁸⁵, Schickel⁸⁶, Tribondani⁹⁷).

Or, en étudiant nos observations, nous allons voir que les fibromes de la face antérieure du col ne sont pas les seuls à déterminer de la rétention et, qu'entre autres, les fibromes développés à la face postérieure de l'utérus soit du col, soit surtout du corps, sont beaucoup plus souvent la cause de rétention d'urine.

A propos des fibromes du col, rappelons qu'Haultain⁴², dans son étude, divise le col en trois portions : une portion intra-vaginale, située au-dessous d'un plan perpendiculaire à l'axe du col et passant par l'insertion du cul-de-sac vaginal antérieur; une portion supra-vaginale, située au-dessus d'un plan parallèle au précédent, mais passant par l'insertion du cul-de-sac vaginal postérieur, qui se fait plus haut que l'antérieur; enfin, une portion intermédiaire, située entre les deux précédentes et par suite supra-vaginale, en avant, intra-vaginale, en arrière. Ceci revient à diviser le col en trois segments superposés et sensiblement égaux, d'après Schroeder. Mais cette division, toute schématique, nous paraît inutile, car pratiquement, il est bien difficile d'apprécier si une tumeur siège au niveau de la portion supra-vaginale ou au niveau de la portion intermédiaire de la face anté-

rière du col; de même, en ce qui concerne la différence entre les portions intra-vaginales et intermédiaires de la face postérieure du col. Aussi la division en portion intra-vaginale et portion supra-vaginale du col, nous paraît-elle suffisante; cette division est surtout intéressante au point de vue opératoire.

Quant aux fibromes développés au niveau de l'isthme, ils déterminent, par leur présence, une zone analogue au segment inférieur de l'utérus gravide, mais il se distingue difficilement des fibromes de la portion sus-vaginale du col et doivent être confondus avec eux. C'est également l'opinion de Legal-Lassalle³⁴ qui écrit dans sa thèse sur les fibromes du col : « Il est impossible d'isoler ces deux sortes de tumeur, celles du col proprement dit et celles de la partie toute inférieure du corps utérin à développement inférieur. »

D'après le toucher, le diagnostic opératoire, le schéma qui accompagne parfois l'observation, ou le compte rendu de l'autopsie, nous chercherons à préciser le siège du fibrome par rapport à l'utérus et le retentissement que ce fibrome peut avoir sur la situation du col.

Nous pouvons grouper nos observations de fibrome de la façon suivante :

A) Fibromes du col et du segment inférieur.

a) *Face antérieure* : 7 observations.

1) Portion intra-vaginale : 2 observations (obs. VI et XVIII).

- 2) Portion sus-vaginale : 4 observations avec masse bombant dans le cul-de-sac vaginal antérieur en avant du col (obs. II, LXVII, XCII et XCIII).

1 observation de fibromé de la face antérieure du segment inférieur non perceptible dans le cul-de-sac antérieur, le col étant très élevé au-dessus de la symphyse; il existait en même temps une *rétroflexion* utérine (obs. XXXIX).

b) *Face postérieure* : 19 observations.

- 1) Portion intra-vaginale : 1 observation de la face postérieure et gauche du col; la situation du col n'est pas précisée (obs. XCVI).

- 2) Portion sus-vaginale : 18 observations.

8 avec col *refoulé en avant contre la symphyse* (obs. XXVII, XLVIII, LXIII, LXIV, LXXVI, LXXXIII, LXXXVI et XCIV).

4 avec col *refoulé en haut et en avant* (obs. LXVI, LXXXIV, LXXXV et XCVIII).

5 avec *situation du col non précisée* (obs. XLI, LIV, LV, LVI et XCV).

1 avec *situation du col normale* (obs. LXV).

c) *Divers* : 2 observations.

- 1) Un fibrome de la portion sous-isthmique à développement antéro-latéral; le col est porté *en avant et en haut* contre la symphyse pubienne (obs. LXXI).

2) Un gros fibrome intra-cervical (obs. XC).

Remarquons que nous avons un nombre de fibromes du col qui pourrait paraître trop grand d'après ce que nous avons dit sur la fréquence de la rétention d'urine dans les fibromes du col, si l'on ne remarquait que la plupart d'entre eux proviennent des travaux d'ensemble dont les auteurs n'avaient en vue que les fibromes du col et les avaient recherchés spécialement.

Dans toutes nos observations de fibromes cervicaux, il s'agit de fibromes sessiles que Lejars⁵⁷, en étudiant les fibromes cervicaux à développement antérieur, oppose aux fibromes pédiculés ne donnant pas de signes vésicaux et d'ablation plus facile.

B) *Fibromes du corps.*

a) *Face antérieure* : 11 observations.

- 1) Dans trois observations (obs. VII, XIII et XIV), en dehors du fibrome de la face antérieure, il existe une *rétroversion* utérine (enclavée même dans l'obs. XIII), avec un *col porté en haut et en avant* dans les observations VII et XIII, et *plaqué contre la symphyse* dans l'observation XIV. Dans cette dernière observation, il existe également un épithélioma du cul-de-sac postérieur.
- 2) Dans six cas (obs. XXI, XXIV, XXVIII, XXXIII, XXXV et LXX), le col est senti en arrière d'une masse faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Dans deux observations, le fibrome est

en partie inclus dans le ligament large; dans l'une (obs. XXXIII), le fibrome développé aux dépens de la face antéro-latérale droite est inclus dans le ligament large; dans l'autre (obs. XXXV), le fibrome développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus est inclus dans le ligament large gauche. Dans l'observation LXX, le fibrome est réuni par un pédicule à la face antérieure de l'utérus.

- 3) Dans deux observations enfin (obs. XLIV et LXXX), on ne sent pas de masses en avant du col qui est en *situation très élevée*.

Notons enfin que dans aucune de ces observations de fibromes de la face antérieure de l'utérus, le fibrome est signalé comme étant haut placé, plus ou moins près du fond; au contraire, dans plusieurs, le fibrome est bas situé, comme dans l'observation VII où le fibrome « soulevait le cul-de-sac vésico-utérin », et dans l'observation XIV, où il existe un fibrome « sous-péritonéal et sous-vésical ».

b) *Face postérieure* : 36 observations.

2 avec col en position normale (obs. IX et XVII).

1 avec situation du col non précisée (obs. LXXXVII).

19 avec col plaqué contre la symphyse par une masse postérieure (obs. V, VIII, XI, XV, XX, XXIII, XXV, XXXI, XXXVI, XXXVIII, XLVI, L, LVIII, LX, LXI, LXVIII, LXXII, LXXV, et LXXIX).

13 avec col refoulé en haut et en avant par une masse postérieure (obs. IV, XIX, XXII, XXX, XL, XLIII, LII, LIII, LVII, LXII, LXIX, LXXXI, LXXXVIII et XCIV).

Dans les observations XIX, LXIX, LXXXI, LXXXVIII et CXIV, le fibromè de la face postérieure coïncide avec une *rétroversion* utérine; il n'y a pas de masse perçue au palper abdominal.

c) *Paroi latérale* : 2 observations.

Dans l'une il existe un utérus gravide de trois mois et demi refoulé dans la fosse iliaque gauche par un fibrome de la face latérale droite en partie intra-ligamentaire; le col est *très haut placé* (obs. LIX).

Dans l'autre, il existe un fibrome dans l'épaisseur de la paroi utérine droite, l'utérus est *attiré en haut* sur le côté gauche à tel point, qu'on ne peut atteindre le col (obs LXXIV).

d) *Coeexistence de fibromes de la paroi antérieure et de la paroi postérieure* : 4 observations.

Dans l'observation X, il existe un gros fibrome de la face antérieure du corps et un autre gros de la face postérieure du corps, remplissant toute la concavité sacrée; les deux masses font saillie dans le vagin en avant et en arrière du col.

Dans l'observation XII, le col est dans l'axe

du vagin; on sent une masse dans le cul-de-sac antérieur et une dans le cul-de-sac postérieur.

Dans l'observation XVI, il existe un petit fibrome de la grosseur d'une noix verte sur la partie antéro-droite du corps et un petit fibrome de la face postérieure; mais il s'agit surtout d'un *utérus gravide en rétroflexion* enclavé dans le petit bassin, avec un col porté en masse sous et contre la symphyse.

Dans l'observation XXXVII, on trouve deux fibromes faisant saillie dans le vagin en avant et en arrière du col; le postérieur est inclus dans le ligament large et soulève le péritoine du Douglas en arrière.

C) Fibromes intraligamentaires.

Parmi les fibromes précédents, il en existe dix dont la situation intraligamentaire est signalée accessoirement, mais en dehors de ceux-ci, nous en trouvons six non compris les autres groupes.

Observation XLV. — Gros fibrome du bord gauche inclus dans le ligament large.

Observation XLIX. — Fibrome inclus dans le ligament large droit; col repoussé dans le cul-de-sac gauche, tout à fait en haut.

Observation LXXVII. — Fibrome inclus dans le ligament large gauche; mais qui, au niveau de son pédicule

ligamentaire, s'est coudé de gauche à droite en avant de l'utérus et fut pris à l'examen pour un fibrome de la paroi antérieure.

Observation LXXVIII. — Volumineux fibrome de la région cervicale qu'il a distendu au point de constituer un véritable segment inférieur surmonté par un tout petit utérus et intraligamentaire des deux côtés.

Observation LXXXII. — Fibrome de l'isthme faisant saillie en avant et à droite, inclus dans le ligament large.

Observation XCI. — Fibrome de la face latérale gauche du col inclus dans le ligament large.

D) *Fibromes divers.*

Observation I. — Utérus à petits fibromes multiples avec kyste de l'ovaire droit (gros comme une pomme d'api) collé à la face postérieure; la situation du col n'est pas modifiée.

Observation III. — Utérus volumineux, mais régulièrement développé et contenant un fibrome mou; col en situation normale.

Observation XXIX. — Fibromes multiples dans un utérus *rétrofléchi* avec col porté en masse contre la symphyse.

Observation XXXI. — Petit fibrome utérin, de siège non précisé, coexistant avec une tumeur végétante de l'ovaire remplissant le cul-de-sac de Douglas; col *très haut placé*, au-dessus du pubis.

Observation XXXII. — Fibrome dans un utérus *rétro-fléchi* adhérent. Situation du col, non précisée.

Observation XXXIV. — Utérus fibromateux, avec fibrome intraligamentaire à droite.

Observation XLII. — Enorme fibrome ovoïde de 80 centimètres de circonférence remplissant tout l'abdomen et rattaché au fond de l'utérus par un pédicule gros comme le poing; l'utérus gros est couché horizontalement au niveau du détroit supérieur.

Observation XLVII. — Enorme polype fibreux du volume d'une tête de fœtus au septième mois, faisant saillie dans le vagin à travers l'orifice du canal cervical dilaté comme la paume de la main.

Observation LI. — Fibrome pédiculisé à évolution vaginale.

Observation LXXIII. — Fibrome interstitiel à situation non précisée.

Observation LXXXIV. — Situation du fibrome et du col non précisée.

Observation XCVIII. — Fibrome enclavé dans l'excavation pelvienne et comprimant le rectum en arrière, l'urètre en avant.

Mais à un autre point de vue, dont nous retrouverons toute l'importance pour l'étude de la pathogénie, nous pouvons classer ces observations en 5 groupes en nous basant sur la situation respective du col et du fibrome.

Groupe I. — 15 observations, dans lesquelles il existe une masse plus ou moins volumineuse perçue en avant de l'orifice cervical.

Cette masse peut être :

- a) Un fibrome de la face antérieure du col :
soit unique (obs. II, VI, XVIII, LXVII, XCII et XCIII);
soit coexistant avec un fibrome postérieur (obs. X, XII et XXXVII).
- b) Un fibrome de la face antérieure du corps bombant dans le cul-de-sac vaginal antérieur en avant du col (obs. XXI, XXIV, XXVIII, XXXV et LXX).
- c) Un fibrome de la face antéro-latérale droite inclus dans le ligament large et perçu au toucher vaginal en avant et à droite du col (obs. XXXIII).

Groupe II. — 28 observations dans lesquelles il existe une masse volumineuse plus ou moins enclavée dans le Douglas et refoulant le col en avant contre la symphyse.

Cette masse peut être :

- a) Un fibrome de la face postérieure du corps (obs. XXVII, XLVIII, LXIII, LXIV, LXXVI, LXXXVI et XCV).
- b) Un fibrome de la face postérieure du corps (obs. V, VIII, XI, XV, XX, XXIII, XXV, XXVI,

XXXVI, XXXVIII, XLVI, L, LVIII, LX, LXI, LXVIII, LXXII, LXXV et LXXIX).

- c) Un utérus gravide rétrofléchi, avec deux petits fibromes (obs. XVI).
- d) Un utérus rétrofléchi avec fibromes multiples (obs. XXIX).

Groupe III. — 16 observations dans lesquelles il existe une masse volumineuse plus ou moins enclavée dans le Douglas et repoussant l'utérus en masse en haut et en avant, entraînant le col.

Cette masse peut être :

- a) Un fibrome de la face postérieure du col (obs. LXVI, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV et XCVIII).
- b) Un fibrome de la face postérieure du corps (obs. IV, XXII, XXX, XL, XLIII, LII, LIII, LVII et LXII).
- c) Une tumeur végétante de l'ovaire (obs. XXXI).
- d) Une salpingite remplissant le Douglas (obs. XXXIV). Il existait en outre un fibrome inclus dans le ligament large droit.

Groupe IV. — 8 observations, dans lesquelles un rétro-déplacement, plus ou moins enclavé dans le Douglas, coexiste avec un col en situation haute.

Ce rétro-déplacement peut coïncider avec :

- a) Un fibrome de la face postérieure (obs. XIX, LXIX, LXXXI, LXXXVIII et XCIV).
- b) Un fibrome de la paroi antérieure (obs. XII et XIII).
- c) Un utérus gravide rétrofléchi coexistant avec un

gros fibrome de la face antérieure du segment inférieur (obs. XXXIX).

Groupe V. — 32 observations ne pouvant faire partie des groupes précédents.

- a) Col en situation normale (obs. I, III, IX, XVII et LXV).
- b) Col en situation non précisée (obs. XXXII, XLI, LIV, LV, LVI, LXXVII, LXXVIII, LXXXVII, LXXXIX, XCI, XCVI, XCVII et XCIX).
- c) Col en situation haute (obs. XLII, XLIV, XLIX, LIX, LXXI, LXXIV et LXXX).
- d) Observation XIV. — Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui est basculé et repoussé en arrière et dont la lèvre antérieure du col tente à se coller contre la symphyse.

Observation XLV. — Gros fibrome du bord gauche du corps et de l'isthme, inclus dans le ligament large.

Observation XLVII. — Gros polype fibreux du volume d'une tête de fœtus au septième mois, faisant saillie dans le vagin à travers l'orifice cervical.

Observation LI. — Fibrome pédiculisé à évolution vaginale.

Observation LXXXII. — Volumineux fibrome de la région cervicale qui est distendue au point de constituer un véritable segment intérieur surmonté par un tout petit utérus.

Observation XC. — Gros fibrome intracervical.

Observation XCVIII. — Fibrome enclavé dans l'excavation, écrasant le rectum en arrière, l'urètre en avant.

Nous voyons donc, que si les fibromes de la face antérieure du col, et surtout ceux de la face postérieure de l'utérus (col et corps) sont ceux qui se compliquent le plus souvent de rétention d'urine, ils ne constituent pas des dispositions anatomiques *indispensables*, puisque la rétention peut coïncider avec d'autres dispositions anatomiques.

Mais d'un autre côté, nous allons montrer que ces dispositions anatomiques précédentes ne sont pas *suffisantes* pour déterminer de la rétention. A cet effet, nous avons cherché en même temps à voir quelles dispositions anatomiques présentaient les fibromes ayant déterminé les troubles urinaires divers autres que la rétention dont nous avons déjà parlé et représenté presque uniquement par de la pollakiurie. Dans la plupart de ces cas, nous avons trouvé qu'il s'agissait d'utérus fibromateux très volumineux, de fibromes multiples ou uniques, mais nés aux dépens du fond ou de la face antérieure du corps, ou de fibromes compliqués d'annexites, sans que la distinction que l'on a voulu établir entre pollakiurie pour les fibromes haut placés, et dysurie (retard au début de la miction, miction lente et prolongée, douleurs à la miction, etc.), pour les fibromes bas

situés (M^{lle} Kagan⁴⁷) nous soit apparue de façon très nette. Cependant, dans 6 cas sur 85 trouvés dans les observations du Professeur Hartmann, nous avons trouvé des dispositions anatomiques rappelant celles que nous avons signalées précédemment dans les rétentions d'urine, soit :

Un fibrome de la face antérieure du col, saillant sous la paroi vaginale antérieure.

Un fibrome de la face postérieure du corps, avec utérus rétroversé.

Un fibrome à développement postérieur, refoulant le col contre la symphyse.

Un fibrome inclus dans le ligament large et refoulant l'utérus en masse, en haut et en avant.

Un gros fibrome inclus dans le ligament large droit avec col très haut placé; cul-de-sac vésico-utérin remonté très haut.

Un utérus multifibromateux dont une masse remplit la concavité sacrée et refoule la paroi vaginale postérieure; le col est porté en haut et en avant, au-dessus du pubis.

Mais, de plus, toujours dans les observations du Professeur Hartmann, nous en avons trouvé dans lesquelles les dispositions anatomiques étaient tout à fait analogues aux plus typiques des dispositions précédentes et dans lesquelles il n'était cependant signalée ni rétention d'urine, ni même aucun trouble de la miction; soit :

Un gros fibrome remplissant l'excavation pelvienne et refoulant l'utérus vers la symphyse.

Un fibrome de la face postérieure du col remplissant le bassin.

Un gros fibrome développé au niveau de la paroi antérieure de l'utérus et soulevant la paroi vaginale antérieure.

Un gros fibrome de la face postérieure de l'utérus, enclavé dans le petit bassin, et refoulant l'utérus en haut et en avant.

Un fibrome du volume d'une orange de la face antérieure du col.

Un fibrome en grande partie sous-vésical avec cul-de-sac vésico-utérin remonté jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Un utérus fibromateux en rétroversion avec col contre le pubis.

En résumé, si les fibromes de la face antérieure du col, et surtout les fibromes de la face postérieure de l'utérus (col et corps) sont ceux qui se compliquent le plus souvent de rétention d'urine, ils ne constituent pas des dispositions anatomiques caractéristiques puisque la rétention peut se trouver coïncider avec d'autres dispositions et qu'inversement ces dispositions peuvent ne produire que des troubles urinaires plus légers ou même n'en déterminer aucun. Nous verrons ultérieurement comment ces faits pourront être interprétés.

PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES CONCOMITANTS

Les phénomènes inflammatoires concomitants ne sont signalés, dans la série d'observations du Professeur

Hartmann, que dans 5 observations : annexite dans 4 (obs. VIII, XX, XXV et XXXIV); pelvipéritonite avec adhérences nombreuses dans 1 (obs. II).

II. — APPAREIL URINAIRE.

a) *Méat*. — La situation du méat plus ou moins haut au niveau de la paroi vaginale antérieure, fait fréquent dans les grandes rétentions chroniques chez la femme, dit Legueu⁵⁶, est très nette dans le cas de cet auteur; elle est également signalée dans les observations XXIII, XXXIX et XLIX. Dans l'observation LXXII, l'orifice urétral était « douloureux et prolabé ».

b) *Urètre*. — La déformation ou la compression possible de l'urètre sont rarement mis en évidence dans nos observations; dans presque toutes celles où des renseignements sont donnés sur le cathétérisme, celui-ci est déclaré facile à la sonde molle ou même à la sonde en verre. Dans quelques cas cependant, l'urètre peut être « comprimé » (obs. XCII), ou « dévié et comprimé contre la symphyse » (obs. XCI). De même, dans deux cas (obs. XVIII et XLII) où le cathétérisme fut pratiqué à l'aide d'une sonde rigide, celle-ci, pour être introduite, dut avoir son pavillon fortement incliné en bas et en arrière; nous avons déjà vu que l'introduction du cystoscope peut présenter les mêmes difficultés.

L'urètre de la malade de M^{lle} Kagan (obs. LX) ad-

mettait un explorateur n° 22, celui de la malade de Michon (obs. LXX) un explorateur n° 23.

Nous avons cherché à préciser si, dans nos observations de rétention, il existait un allongement de l'urètre, analogue à celui que l'on trouve dans les rétentions par rétroversion d'utérus gravide, allongement que Trillat⁹⁸ a montré pouvoir atteindre dans ces cas, 8 à 9 cm., soit 3 fois la longueur de l'urètre normal. Nous avons trouvé peu d'observations avec renseignements à ce sujet; dans l'une cependant (obs. LXXIV) on précise que pour vider la vessie, il fallut y introduire « profondément un long cathéter »; dans deux autres qui nous sont personnelles (obs. XXXIX et XL), il fut nécessaire d'introduire six centimètres environ de sonde avant d'obtenir un écoulement d'urine. Mais dans aucun cas, cette recherche n'a été faite avec un explorateur à boule pour vérifier la situation du col vésical et se rendre compte si la longueur anormale de sonde introduite n'était pas en rapport avec l'existence d'une sorte d'infundibulum, comme cela est signalé dans les rétentions par rétroversion d'utérus gravide. Peut-être, avec Thomas⁹⁵, peut-on penser que c'est à l'existence d'une sorte d'infundibulum de ce genre que l'on peut expliquer ce qui se passa chez la malade de cet auteur (obs. XCIV). Un cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde masculine, sans difficultés, n'avait donné qu'une quantité minime d'urine, lorsqu'un cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde droite en verre, et que l'on

fût obligé d'introduire verticalement, donna issue à trois litres d'urine.

c) *Vessie*. — Si la rétention persiste ou si elle se reproduit souvent, la vessie épuisée, finit par se laisser distendre, et prend alors l'aspect d'une grosse poche pouvant atteindre des dimensions considérables, comme dans les observations LII, LXII, LXVI et LXVII, et comme dans l'observation XXIII où l'on trouva une vessie énorme, flasque, distendue, masquant tellement le champ opératoire qu'on dut la ponctionner.

Déplacement de la vessie. — Très rarement la vessie est déviée latéralement, comme dans l'observation LXXIV, où elle était refoulée dans la fosse iliaque droite par un fibrome de la paroi utérine droite. Dans les autres cas, où il existe un déplacement de la vessie, celle-ci est remontée sur la ligne médiane au-dessus de la symphyse pubienne, soulevée de bas en haut.

Dans l'étude de la symptomatologie, nous avons déjà vu que le fond vésical pouvait être perçu très haut, soit directement quand la vessie est distendue, soit indirectement à l'aide d'un cathéter quelconque, jusqu'au niveau de l'ombilic.

À l'intervention on peut constater, parfois, que la vessie est plus ou moins remontée, soulevée en haut et en avant, comme dans les observations IX, XIV, XVII, XXVIII et LXIII. Dans l'observation XXVIII, la vessie était remontée jusqu'à mi-chemin de l'ombilic; dans

l'observation LXII, elle remontait même jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A ce propos, nous pouvons rappeler que d'après Venot¹⁰⁰, lorsqu'il existe une compression de haut en bas, la vessie « emprisonnée » (Schmitt⁸⁸) ne donne lieu à aucun symptôme urinaire, à cause de la facilité avec laquelle l'organe peut se distendre latéralement et en bas, de façon analogue à ce qui se passe après les hystéropescies abdominales.

L'ascension de la vessie entraîne une ascension du cul-de-sac péritonéal. Lorsque la vessie normale est vide, le péritoine passe directement de la face postérieure de la paroi abdominale à la face supérieure de la vessie. Quand la vessie se remplit, le déplissement vésical se fait presque uniquement aux dépens de cette face supérieure, et le péritoine vient former un cul-de-sac prévésical, maintenu par l'adhérence du péritoine à l'aponévrose ombilico-prévésicale. A l'état de distension physiologique, le fond du cul-de-sac est à 1 cm. $\frac{1}{2}$, 2 cm. $\frac{1}{2}$ du bord supérieur du pubis. Mais lorsqu'il existe une distension pathologique, comme dans les cas d'hypertrophie prostatique, ou de fibrome qui nous intéressent actuellement, cette distance peut augmenter de façon considérable et le fond du cul-de-sac remonter « à plusieurs travers de doigt au-dessus de la symphyse » (obs. IV), à mi-chemin de l'ombilic (obs. XXXIX, XL et LXVI), et même jusqu'à l'ombilic (obs. XXIII et XXVII).

Cette élévation de la vessie et du cul-de-sac péritonéal,

regardée comme constante dans ces rétentions d'urine par Haultain⁴², n'est cependant pas toujours consécutive à une rétention, puisque nous avons trouvé, dans les observations de la série Hartmann, un certain nombre d'observations de fibromes, sans rétention, dans lesquelles la vessie remontait très haut, sans troubles urinaires signalés. Schickèle⁸⁷ insiste également sur cette discordance des faits.

Quoi qu'il en soit, la possibilité d'ascension du cul-de-sac antérieur présente un très gros intérêt au point de vue opératoire, puisqu'une partie plus ou moins grande de la face antérieure de la vessie se trouve en contact direct avec la paroi abdominale antérieure et peut être lésée lors de la laparotomie.

Dans l'observation de Condamin¹⁶ (obs. LII) la vessie, qui remontait jusqu'à l'ombilic, « était maintenue à son niveau par deux replis transversaux du péritoine qui affectaient, par rapport à la vessie, la disposition des ligaments larges par rapport à l'utérus », de telle sorte, que la vessie restait remontée jusqu'à l'ombilic après évacuation complète.

La paroi vésicale peut être très amincie, comme dans l'observation XXVII, où la face postérieure était « réduite en un point à une paroi translucide »; elle peut être, au contraire, hypertrophiée comme dans l'observation LI. Le contact du fibrome avec la vessie peut déterminer des altérations des parois de cette dernière. Dans l'observation XCIII, le fibrome adhérait fortement à la vessie et

faisait corps avec sa muqueuse « très amincie, et portant de menues ulcérations ». On conçoit que cette action mécanique pourrait aller jusqu'à la perforation, par une sorte d'usure, comme on le trouve décrit chez les malades — non rétentionnistes — de Demarquay²³ et de Deleuze²².

Cystite. — La vessie peut présenter des lésions de cystite, depuis les lésions de cystite banale jusqu'aux lésions de cystite grave, analogues à celles que l'on a décrites au cours de la rétention d'urine par rétroversion d'utérus gravide (Pinard et Varnier⁷³, Trillat⁹⁸).

C'est ainsi qu'on peut voir des lésions de cystite gangréneuse comme dans l'observation de Vincent (obs. XCVIII), où la vessie énorme était gangrénée mais où « la gangrène n'était arrivée à détruire toutes les tuniques de la vessie qu'en avant, derrière la symphyse pubienne ». On peut voir également des cystites membraneuses. Guyon³⁴, dans ses cliniques sur les maladies des voies urinaires, a bien montré que ces cystites membraneuses sont dues à une exagération des phénomènes inflammatoires préexistant, surtout quand il y a rétention; il en a décrit deux variétés : cystites pseudo-membraneuses, cystites exfoliantes. Dans la première, les membranes expulsées n'ont pas de structure histologique comme dans l'observation LI; la malade de cette observation qui avait des urines purulentes et infectes, expulsa, un mois après le début des accidents, « une membrane

assez épaisse, putréfiée, ayant une odeur infecte de tissus mortifiés ». Cette membrane grisâtre faisait penser à un moule vésical tapissant la vessie, mais l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une fausse membrane.

Dans la cystite exfoliante, la malade, d'après Guyon, peut expulser des paquets de muqueuse seule ou doublée d'une épaisseur plus ou moins grande de parois vésicales. Motz et Hallé cités par Minvielle⁶⁷, ont montré que ces cystites membraneuses étaient dues à des hémorragies interstitielles, déterminant une sorte de clivage de la muqueuse et sa nécrose. Dans l'observation de Brin (obs. XLVI), au cours de l'intervention, la vessie apparut « noirâtre, épaisse, et indurée comme du carton », et après l'intervention, la malade expulsa « de véritables lambeaux de muqueuse ».

Quant à la congestion vésicale, nous avons déjà insisté sur elle dans l'étude cystoscopique; nous reviendrons sur son importance au point de vue pathogénique.

d) *Uretères et reins*. — La situation de l'uretère n'est précisée que dans deux observations; dans un cas ils étaient soulevés (obs. LXXXII), dans une autre, ils étaient au contact du fibrome latéralement (obs. XCIX).

Si la rétention d'urine persistait, elle finirait par retentir sur l'uretère et sur le bassinet, déterminant la dilatation de ces organes, qui pourraient devenir rapidement la proie de l'infection, d'où pyonéphrose et pyélonéphrite.

Nous n'avons pas trouvé d'observations d'uroné-
phrose chez nos malades rétentionnistes. Parmi nos ob-
servations, nous en avons trouvé trois dans lesquelles les
phénomènes d'infection rénale sont mis en évidence
après l'autopsie. Dans l'une (obs. XLIV), les uretères et
les bassinets étaient rouges et vivement injectés, les ca-
lices dilatés et couverts de mucus épais, les sommets des
pyramides étaient un peu effacés, la substance corticale
pâle. Dans la deuxième (obs. LI), l'uretère droit était di-
laté et il existait une pyélonéphrite droite. Dans la troi-
sième enfin (obs. XCIII), il existait une pyonéphrose bila-
térale, les uretères étaient fortement dilatés et les reins
très distendus par le pus avaient leur tissu réduit à une
couche épaisse de deux à trois centimètres.

Notons que la compression de l'uretère par le fibrome
est rare, même dans les fibromes du col où elle est « d'une
extrême rareté » (Legal Lassalle⁵⁴). Dans l'observation
rapportée par Legueu (obs. LXV), cet auteur suppose que
le léger retentissement rénal qui existait dans ce cas
n'était pas produit par la compression des uretères mais
plutôt par leur élongation, de façon analogue à ce qui se
passe parfois au cours de la grossesse (Cathala¹², Couve-
laire¹⁷).

PATHOGÉNIE

La pathogénie de ces rétentions d'urine est loin d'être unique; mais d'après les observations que nous possédons, nous chercherons à étudier les différentes théories qui peuvent être faites à ce sujet, en citant les observations qui nous paraissent en faveur de chacune d'elles. Ces hypothèses peuvent être groupées en trois catégories : mécaniques, nerveuses et congestives, en remarquant toutefois, dès maintenant, que souvent la pathogénie apparaît comme complexe et mixte.

THÉORIES MÉCANIQUES

Les théories mécaniques ont été déjà bien étudiées par Legueu⁵⁶, du moins en ce qui concerne les fibromes du col, les seuls qu'il ait considérés. Elles se réduisent à trois : compression de l'urètre, étirement de l'urètre, étallement de la vessie.

I. — *Compression de l'urètre ou du col vésical.*

C'est la première hypothèse qui vient à l'esprit et en-général, la seule qui ait été envisagée par les différents auteurs. Mais si l'on se rappelle que, chez une femme normale, l'urètre est court, mesurant trois centimètres environ, et que la face antérieure du col répond à la face postéro-inférieure de la vessie, on comprend que l'agent compresseur doit être bas situé, pour que l'urètre soit comprimé.

a) *Compression directe.* — Cette compression peut être *directe*, c'est-à-dire produite par le fibrome lui-même. En faveur de cette hypothèse, nous pouvons citer toutes les observations du groupe I dans lesquelles il existe une masse plus ou moins volumineuse, perçue en avant de l'orifice cervical; cette masse pouvant être un fibrome de la face antérieure du col, soit intra-vaginal, soit sus-vaginal, ou un fibrome de la face antérieure du corps bombant dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Aux observations de ce groupe, nous pouvons en joindre deux autres. Celle de Vincent (obs. XCVIII), dans laquelle la situation du fibrome et du col n'était pas précisée, mais où il existait cependant « une masse enclavée dans l'excavation écrasant le rectum en arrière et l'urètre en avant »; et celle de Budin (obs. XLVII), dans laquelle il existait dans le vagin un gros polype fibreux arrondi, du volume d'une tête de fœtus au septième mois, et passant

à travers l'orifice cervical dilaté comme la paume de la main.

b) *Compression indirecte.* — Cette compression peut être *indirecte*, c'est-à-dire produite par l'intermédiaire du col utérin, *qui est plus ou moins bas situé et repoussé en avant plaqué contre la symphyse*. En faveur de cette hypothèse, nous pouvons citer toutes les observations du groupe II, dans lesquelles il existe une masse volumineuse, plus ou moins enclavée dans le Douglas, avec un col refoulé en avant contre la symphyse. Cette masse postérieure pouvant être, comme nous l'avons vu, un fibrome de la face postérieure du col, un fibrome de la face posérieure du corps, un utérus gravide rétrofléchi présentant des fibromes multiples. A propos de l'observation de l'utérus gravide (obs. XVI), il semble que les deux petits fibromes n'ont joué qu'un rôle minime dans la rétention d'urine. On peut donc penser que dans quelques cas de rétroflexion d'utérus gravide, la rétention est produite par compression indirecte de l'urètre et non par étirement de ce dernier, ainsi qu'on l'admet en général pour expliquer la rétention d'urine dans les rétro-déplacements de l'utérus gravide; nous reviendrons d'ailleurs bientôt sur l'étirement de l'urètre.

II. — *Etirement de l'urètre.*

Dans nos observations, l'étirement de l'urètre peut se trouver mis en évidence par la situation du méat que

l'on trouve remonté plus ou moins haut par la paroi vaginale antérieure (obs. XXIII, XXXIX, XLIX et LXVI). Dans l'observation de Legueu (obs. LXV), le méat était tellement remonté qu'il fut impossible de le trouver et de pratiquer un cathétérisme. L'allongement concomitant de l'urètre est également noté dans quelques observations : dans celle de Morris (obs. LXXIV), « il fallut pour vider la vessie employer un long cathéter qu'on introduisit profondément; dans les observations XXXIX et XL, qui nous sont personnelles, il fallut introduire six centimètres environ de la sonde avant d'obtenir un écoulement d'urine.

Cet étirement de l'urètre peut se produire selon plusieurs procédés :

a) Un fibrome volumineux ayant quitté le bassin et pris un développement entièrement abdominal, peut attirer l'utérus en haut, et par l'intermédiaire de la zone adhérente à la vessie et au col vésical déterminer l'étirement de l'urètre. En faveur de cette hypothèse, nous pouvons citer trois observations.

1° Dans l'observation XLII, on trouve un énorme fibrome ovoïde de 80 centimètres de circonférence remplissant toute la cavité abdominale et rattaché au fond de l'utérus par un pédicule gros comme le poing; l'utérus gros est couché horizontalement au niveau du détroit supérieur; le vagin est profond et le col non atteint.

2° Dans l'observation LIX, on trouve à l'intervention un utérus gravide (3 mois $\frac{1}{2}$), avec un gros fibrome de

la face latérale droite. La cavité pelvienne était vide, le col était placé très haut.

3° Dans l'observation LXXIV, il s'agissait d'un fibrome développé dans la paroi utérine droite ayant refoulé la vessie en haut dans la fosse iliaque droite. « L'utérus était attiré en haut et sur le côté gauche, à tel point qu'on ne pouvait atteindre le col. » L'urètre était allongé puisqu'il « fallut, pour vider la vessie, employer un long cathéter qu'on introduisit profondément. »

b) Assez souvent, cet étirement de l'urètre est déterminé par le refoulement en masse de l'utérus, en haut et en avant. Le col est placé plus ou moins haut au-dessus de la symphyse, parfois difficile à atteindre et le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse volumineuse, agent de refoulement de l'utérus. En faveur de cette hypothèse, nous pouvons citer toutes les observations du groupe III et, comme nous l'avons déjà vu, la masse postérieure perçue dans le Douglas peut être constituée par : un fibrome de la face postérieure du col, un fibrome de la face postérieure du corps, une tumeur végétante de l'ovaire, une salpingite suppurée remplissant le Douglas.

c) Dans un certain nombre de cas enfin, on peut admettre que l'étirement de l'urètre est produit par un mécanisme analogue à celui, qu'avec Treub⁹⁶, on admet classiquement dans les cas de rétention d'urine survenant à la suite des rétroversions d'utérus gravide. On admet, en effet, que le déplacement du col utérin détermine

l'ascension du col vésical et de l'origine de l'urètre, d'où allongement et étirement de ce dernier, et que de plus la paroi postérieure de l'urètre étant étirée en haut par l'intermédiaire de la paroi vaginale antérieure, alors que la paroi antérieure de l'urètre est fixée à la symphyse, il en résulte une sorte de glissement des deux parois l'une sur l'autre, dans le sens longitudinal, ce qui rétrécit encore le calibre du canal. Trillat⁹⁸, qui a bien étudié ce mécanisme dans les rétroversions d'utérus gravides, a bien montré : l'allongement de l'urètre, pouvant atteindre dans ces conditions huit à neuf centimètres; l'ascension du col utérin pouvant remonter jusqu'à sept centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse; enfin, l'existence d'un infundibulum vésical formé au-dessus de l'urètre et oblitéré par une sorte de clapet (décelable par toucher digital intra-vésical) formé par une saillie du col à l'intérieur de la vessie. Dans le cas de fibrome, cette théorie s'appliquerait à toutes les observations du groupe IV dans lesquelles il existe une rétroversion ou une rétroflexion avec col haut situé. Ces déplacements utérins coïncidait avec un fibrome de la face postérieure du corps ou un fibrome de la face antérieure; dans un de ces derniers cas (obs. XXXIX), l'utérus était grévade.

Rappelons que nous avons déjà signalé dans deux autres observations (obs. LXXXIII et LXXXV), un phénomène analogue à celui que l'on décrit sous le nom de signe de Laroyenne (Seyre⁸⁹, Trillat⁹⁸), dans les réten-

tions d'urine par rétroversion d'utérus gavide et qui consiste à obtenir un écoulement d'urine en refoulant la masse postérieure par le cul-de-sac vaginal postérieur. Le rôle de cette variation, dans le rétro-déplacement, peut se trouver encore mis en évidence dans d'autres observations. C'est ainsi que dans les observations XIII et XIX, dans lesquelles il existait un utérus fibromateux rétro-fléchi, enclavé dans le petit bassin, les malades ne pouvaient uriner que debout et non assises comme si la bascule de l'utérus était ainsi moins complète. Dans une observation de Schickelé (obs. LXXXVIII), cet auteur pense que « la vessie en se remplissant, accentuait encore le mouvement de bascule du fibrome de façon que, secondairement, celui-ci exerçait en même temps une compression et un étirement dans les parages du col de la vessie et de l'urètre ». Peut-être est-ce pour un motif analogue que les malades des observations XIX et LXXXVII ne présentaient de la rétention d'urine que lorsqu'elles attendaient trop longtemps pour uriner.

d) Enfin cet étirement de l'urètre peut être secondaire à une autre cause : la rétention étant commencée, la vessie tend à prendre un développement abdominal surtout dans le cas de rétentions chroniques avec distension, mais, en remontant, la vessie attire l'urètre à sa suite et l'étire. C'est ainsi que dans l'observation XXIII où il existait une distension vésicale considérable et où il semble que la compression puisse être invoquée (col bas situé, plaqué contre la symphyse par une masse posté-

rieure), on trouve cependant un méat *attiré vers le haut*, ce qui est, comme nous l'avons vu, en faveur d'un étirement de l'urètre.

III. — *Étalement de la vessie.*

Enfin, dans la pathogénie de ces rétentions d'urine, Legueu⁵⁶ fait jouer un rôle important à une sorte d'étalement de la vessie au niveau de la tumeur. « Et, dans ces conditions, dit-il, la vessie ne peut plus revenir entièrement sur elle-même, elle est retenue par ses adhérences à la tumeur et ne peut plus se contracter que par celles de ses parois qui sont libres. »

Pour expliquer cet étalement de la vessie, dans son cas de fibrome de la face postérieure du col, Legueu rapporte qu'il existait entre la vessie et l'utérus une zone d'adhérences deux fois large comme une paume de main. « La miction n'était possible que par l'effort des muscles abdominaux écrasant la vessie entre eux et la tumeur, mais de façon insuffisante pour la vider complètement », ce qui explique, pour l'auteur, la rétention chronique incomplète que l'on trouve dans cette observation. Cet étalement de la vessie était également fort net dans l'observation de Papin (obs. LXXIV) : la vessie remontait presque jusqu'à l'ombilic et, à l'examen cystoscopique, on constata que les parois n'étaient séparées que par une mince lame de liquide. Mais nous croyons cependant, qu'en général, cet étalement de la vessie ne joue qu'un

rôle tout à fait accessoire et, ainsi que le fait également remarquer Schickelé⁸⁷, on peut trouver des vessies étalées ne s'accompagnant d'aucuns troubles de la miction.

Ces théories mécaniques expliquent-elles tous les cas? Elles en sont loin. Ainsi que nous l'avons montré à l'étude anatomo-pathologique, la rétention n'est pas uniquement en rapport avec le volume du fibrome ou des dispositions anatomiques particulières, puisque nous avons vu des rétentions d'urine avec des dispositions anatomiques absolument banales et, qu'inversement, nous avons trouvé des dispositions anatomiques analogues à celles qui paraissent les plus nettes ne s'accompagner que de troubles urinaires banaux, voire même d'aucun symptôme urinaire. En particulier, quelle importance faut-il attacher à la compression urétrale qui, dans les traités classiques, est presque la seule hypothèse envisagée? Nous croyons que malgré les apparences, elle est assez réduite. Nous avons vu, en effet, que sauf de très rares exceptions (obs. XCI et XCIII), la sonde passe sans aucune difficulté. D'autre part, comme le fait remarquer notre Maître Le Lorier⁵⁸, n'est-il pas curieux de voir que chez la femme en travail, où la compression produite par la tête fœtale est en général plus grande que celle produite par les fibromes, les malades continuent souvent à uriner sans difficultés. Restent donc les théories nerveuses et congestives sur lesquelles a insisté Kolischer⁵⁰.

THÉORIES NERVEUSES

Le fait signalé par Paul Delbet¹⁹ qu'il pouvait exister des vessies parésiées, ne se vidant pas après introduction d'un cathéter, pourrait être en faveur d'une origine nerveuse de cette rétention. La tumeur déterminerait une compression des nerfs moteurs de la vessie. C'est l'hypothèse que Ch. Reed⁷⁹ avait déjà soutenu autrefois pour expliquer la rétention de l'utérus gravide rétrofléchi et, pour qui elle jouait le rôle le plus important. Trillat⁹⁸, attaquant cette hypothèse, fait remarquer justement que les contractions intermittentes de la vessie et la pression de l'urine qui est contenue peuvent facilement être mises en évidence. D'ailleurs, tant qu'elle ne s'est pas laissée distendre, la vessie se contracte énergiquement, déterminant des douleurs que certaines femmes comparent aux douleurs de l'accouchement.

Dans nos observations, nous n'avons trouvé aucun fait en faveur de cette hypothèse qui nous paraît devoir être complètement rejetée.

THÉORIE CONGESTIVE

Bien plus intéressant nous paraît le rôle joué par la congestion pelvienne, qui, dans ce cas, serait le même que dans les rétentions qui souvent ouvrent la scène chez les prostatiques. En faveur de cette hypothèse, nous rappellerons tous ces cas, sur lesquels nous avons déjà lon-

guement insisté, de rétentions survenant le matin au réveil; celles qui coïncident avec une forte hémorragie douloureuse et surtout celles qui surviennent au moment de la congestion pelvienne prémenstruelle et disparaissent avec le début des règles ou après elles. En faveur de cette hypothèse sont, également, les rétentions survenant *sans aucun trouble urinaire antérieur*, celles qui *cessent rapidement* après des lavements et des injections chaudes (obs. III), ou celles qui se renouvellent plusieurs fois, avec *disparition complète* des symptômes dans l'intervalle. Enfin, ceci nous permet d'expliquer la facilité du cathétérisme et tous ces cas de fibromes sans dispositions anatomiques spéciales s'accompagnant de rétentions d'urine, ou ceux qui ayant des dispositions anatomiques rappelant les plus typiques, n'ont déterminé aucun symptôme ou que des signes urinaires banaux. La rétention était là latente, comme dans celles de nos observations où il existe des troubles urinaires précédant la rétention; qu'une cause occasionnelle, quelconque, survienne et la rétention se serait probablement constituée.

Ce rôle de la congestion ne doit pas surprendre. Le fibrome détermine en effet, par sa présence, une congestion très intense du muscle utérin et une sorte d'hypertrophie des parois utérines (Grossesse fibreuse de Guyon); hypertrophie disparaissant d'ailleurs après myomectomie vaginale ou abdominale, tout comme l'utérus gravide régresse après l'accouchement. La présence du fibrome détermine une congestion vésicale, augmentant

pendant la période menstruelle, comme nous l'avons déjà montré à l'examen cystoscopique. La congestion vésicale, pendant la période menstruelle, semble toute naturelle si l'on se rappelle la communauté des vaisseaux des deux organes. « Les artères de l'utérus et de la vessie ont, en effet, une même origine : l'artère hypogastrique; et, de plus, l'artère utérine fournit directement à la vessie, de nombreuses ramifications qui se terminent dans la muqueuse, principalement au niveau du col; ces rameaux ne peuvent évidemment rester étrangers à l'afflux sanguin qui se fait chaque mois dans les branches leur donnant naissance. D'autre part, les veines de la vessie extrêmement nombreuses présentent des communications multiples avec le système veineux utérin; celles de la face postérieure, en particulier, se confondent avec les veines qui occupent la partie antérieure du col de l'utérus, et l'on peut suivre ces communications jusqu'aux veines volumineuses anastomosées entre elles qui vont, en côtoyant les bords de l'utérus, former le plexus veineux utéro-ovarien³². »

« A ces connexions anatomiques, dit Grattery³³, correspond une étroite solidarité physiologique; il suffit d'interroger, au hasard, un certain nombre de femmes pour se convaincre qu'au moment des règles, les mictions deviennent plus fréquentes et s'accompagnent même d'un peu de douleur; ces phénomènes vésicaux sont souvent les signes précurseurs qui indiquent l'approche de la période menstruelle; ils atteignent leur plus grande inten-

sité 24 ou 48 heures avant l'apparition de l'écoulement sanguin et disparaissent avec lui. »

Sans doute, la congestion pelvienne n'explique pas tout, sauf dans certains cas où on ne trouve que de petites masses fibromateuses et où elle semble entrer seule en ligne de compte. Mais on peut admettre facilement, que dans bien des cas, elle vient se surajouter aux autres causes mécaniques précédentes; c'est elle qui déclanche alors la rétention.

Mais, nous le répétons encore, si parfois la cause de la rétention apparaît de façon presque évidente, dans bien d'autres, au contraire, les causes sont multiples et les mécanismes s'associent plus ou moins.

TRAITEMENT

I. — *De la rétention.*

Lorsque la malade se trouve en état de rétention, la première indication est de vider la vessie.

D'après ce que nous avons dit sur le rôle de la congestion pelvienne, on pourrait essayer à l'aide d'injection chaude d'obtenir une miction spontanée, comme cela est rapporté dans une de nos observations (obs. III). Mais, en règle générale, on aura recours au cathétérisme. Celui-ci sera pratiqué à l'aide d'une sonde molle de petit calibre, qui, ainsi que nous l'avons dit, passe presque toujours facilement, et en tout cas mieux qu'une sonde rigide. Si on ne trouve pas le meat au premier abord, on se souviendra qu'il faut le chercher profondément, sur la paroi antérieure du vagin. Nous n'avons pas trouvé d'observations dans lesquelles le cathétérisme ayant échoué, la ponction hypogastrique de la vessie eût été nécessaire. Cette opération, qui n'est pas sans danger, est d'ailleurs absolument exceptionnelle (de Berne-Lagarde³).

En cas de grosse distension vésicale, on videra la vessie en plusieurs fois, pour éviter les hémorragies, de façon analogue à ce que l'on fait dans le cas de vessie distendue chez un prostatique.

II. — *Du fibrome.*

Quand on aura ainsi paré au plus pressé, doit-on traiter systématiquement, et dans les jours qui suivent le fibrome qui est cause de cette rétention d'urine? En principe, oui. Sans doute dans quelques cas, la rétention est accidentelle, épisodique et pourrait ne pas se reproduire, de même, que dans d'autres, on a pu supprimer définitivement la rétention en réduisant la rétro-déviations de l'utérus qui en était la cause, comme dans le cas rapporté par Hidd (obs. LVIII), où la réduction se fit en position gèneupectorale, à l'aide d'un ballon rectal. Mais ces cas sont exceptionnels. D'ailleurs, le plus souvent, la rétention d'urine effraye la malade et la décide à venir elle-même demander un traitement qu'elle avait pu refuser jusque-là.

Le *traitement radiothérapique* nous paraît tout à fait contre-indiqué, car, vouloir irradier un fibrome au-devant duquel la vessie est susceptible de se trouver serait s'exposer à des désastres.

Le *traitement curiéthérapique* nous paraît devoir être rejeté pour des raisons analogues,

D'ailleurs nous pensons, avec notre Maître Jean-Louis Faure, que radium et radiothérapie ne doivent s'appliquer qu'aux fibromes « purs », c'est-à-dire à ceux dont le diagnostic est certain, la topographie très nette, et surtout sans complication, ni association d'autres lésions. A titre exceptionnel, nous pouvons, cependant, rappeler l'observation de Schickelé (obs. LXXXIX). La malade refusait l'opération que l'auteur repoussait également en apprenant que la malade avait présenté un an auparavant une thrombo-phlébite avec petite embolie cérébrale. L'auteur se contenta de placer une sonde à demeure, et, au bout de quelques jours, réussit à débloquer la tumeur enclavée dans le bassin. Séance tenante, une application de rayons X fut faite. Depuis, les règles ont disparu ainsi que les troubles de la miction.

Mais en règle générale, la rétention d'urine commande l'intervention chirurgicale, et l'intervention rapide, pour éviter un retentissement possible du côté de l'appareil urinaire supérieur.

La voie *vaginale* pourra être utilisée pour les fibromes de la portion intra-vaginale du col et pour lesquels on pratiquera une myomectomie (obs. VI et XVIII). L'hystérectomie vaginale peut être exceptionnellement pratiquée dans le cas de fibrome peu volumineux (obs. 1); dans ces cas de fibromes compliqués, la vessie risque plus d'être lésée que dans les cas de fibromes simples.

La voie *abdominale* est la voie de choix, celle qui

permet de se rendre un compte exact des dispositions utérines et vésicales. S'il s'agit d'une femme jeune, ayant un fibrome unique et dont la disposition s'y prête (obs. XL, LVII, LXX, LXXVI, LXXVII et XCII), ou s'il s'agit d'un utérus fibromateux gravide (obs. XXXIX), on pourra faire une myomectomie; mais, presque toujours, on sera amené à pratiquer une hystérectomie. En général, on se contentera de faire une hystérectomie subtotale, mais, s'il y a des indications spéciales ou si le fibrome descend très bas sur le col, on fera une hystérectomie totale, de pronostic cependant plus grave. Nous avons déjà insisté longuement sur la fréquence de l'ascension de la vessie et montré que cet organe pouvait remonter jusqu'à l'ombilic, ou même au-dessus (obs. LXII). C'est un détail qu'il ne faut pas oublier et qui doit entraîner une incision haute du péritoine pour éviter d'ouvrir la vessie : accident dont il existe un certain nombre d'observations et Pinard (1), entre autres, raconte avoir vu, dans ces conditions, deux chirurgiens « cependant fort habiles » ouvrir ainsi la vessie en même temps qu'ils ouvraient la paroi abdominale. Dans l'observation de Calmettes (obs. XLIX), la paroi vésicale fut bien incisée pendant l'ouverture de la paroi, mais la cavité ne fut pas ouverte.

L'abdomen ouvert, les difficultés opératoires peuvent

(1) PINARD. — Discussion de la communication LEJARS. — *Compte-rendu de la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1906, page 142.

être plus grandes que dans un cas non compliqué, par le fait que la vessie, souvent plus ou moins dilatée, peut masquer le champ opératoire, tellement que dans une de nos observations (obs. XXIII), on dut la ponctionner, bien que la malade ait été sondée immédiatement avant l'opération. Dans l'opération de Condamin (obs. LII), déjà signalée, il fallut sectionner, après l'hémostase, les deux replis péritonéaux qui formaient à la vessie une sorte de ligament large et la maintenait soulevée jusqu'à l'ombilic; après quoi, elle put être refoulée partiellement dans la cavité pelvienne.

C'est également au cours des manœuvres opératoires que l'ouverture de la vessie peut se produire, surtout lorsqu'on cherche à la décoller du fibrome. Dans l'observation XXVII, la vessie fut blessée par une pince au moment où l'on essayait de capitonner sa face postérieure « très amincie et réduite en un point à une paroi translucide ». Dans l'observation XLIII, il se produisit également une déchirure de la vessie. Pour éviter de blesser la vessie, Lejars⁵⁷ recommande d'inciser le péritoine pré-utérin au-dessus du fond du cul-de-sac, puis de décoller à la compresse aussi bas qu'il sera nécessaire, en restant au contact de l'utérus, ou du fibrome, s'il s'agit d'une variété antérieure. Enfin, les difficultés opératoires peuvent tenir à ce qu'il s'agit, assez fréquemment, de fibromes enclavés dans le petit bassin, qu'ils soient développés aux dépens du col ou aux dépens du corps. On peut alors être obligé d'avoir recours à certaines manœuvres comme

l'hémisection du corps utérin afin d'aborder le fibrome, manœuvre recommandée, entre autres, par Maucclair⁶³, Martin⁶², J.-L. Faure²⁵. Dans une de nos observations (obs. XCVIII), l'opérateur, pour arriver à désenclaver le fibrome développé aux dépens de la face postérieure du col, pratiqua une hémisection, non seulement de l'utérus, mais encore du fibrome. Dans d'autres cas de fibromes postérieurs enclavés, il peut être indiqué de commencer par l'énucléation du fibrome avant de pratiquer l'hystérectomie, procédé sur lequel Legal-Lassalle⁵⁴ insiste dans sa thèse et qui fut pratiqué dans trois observations que nous avons empruntées à ce travail, ainsi que dans quelques autres (obs. XLV et XLIX). « L'énucléation comme premier temps de l'hystérectomie rend les plus grands services, elle expose peu à l'ouverture de la cavité utérine, elle rapproche les vaisseaux et l'uretère de leur situation normale... » En tous cas; dans l'ignorance où l'on se trouve de la situation exacte des uretères qui peuvent être déviés de façon variable, surtout dans les gros fibromes du col, on cherchera à les éviter en restant toujours le plus près possible de la tumeur. Il est inutile de chercher à les voir : « Dans un cas, dit Lejars⁵⁷, j'ai vu de l'uretère et ne me suis aperçu de sa présence qu'après l'avoir coupé. » Dans nos observations, la situation de l'uretère n'est que très rarement signalée (obs. LXXXII et XCIX). Dans le cas de fibrome intraligamentaire, si l'on a des doutes sur la situation de l'uretère, on peut, comme le recommande Bouvier⁶, aller le recher-

cher au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive, comme dans une opération de Wertheim pour néoplasme du col utérin.

L'hystérectomie étant terminée, la vessie, dans le cas de grosse distension, peut se présenter comme une vaste poche flasque, ce qui peut nécessiter une sorte de plicature au catgut de sa face postérieure comme le fit Le Filliatre⁵³. Dans le cas de Vincent¹⁰², où il existait à la face antérieure de la vessie une zone gangrénée, impossible à suturer, l'auteur draina la vessie comme après une cystostomie sus-pubienne.

Quant aux lésions vésicales, qui peuvent se produire au cours de l'intervention, elles guérissent, en général, très rapidement après suture au catgut, en deux plans et pose d'une sonde à demeure (obs. XXVII et XLIII). Il en fut également de même après la ponction au trocart, faite pendant l'intervention, pour démasquer le champ opératoire (obs. XXIII) et qui fut suturée en trois plans.

Pronostic. — Le pronostic de l'intervention dans les fibromes compliqués de rétention d'urine, est légèrement plus grave que dans le cas de fibromes simples, non seulement en raison des difficultés opératoires qui peuvent exister, surtout s'il s'agit de fibromes intra-ligamentaires ou de fibromes enclavés, mais encore en raison d'un retentissement rare, mais possible, sur les voies urinaires supérieures. C'est en raison de ce retentissement rénal que l'on peut avoir des cas d'urémie post-opératoire. Il

est donc prudent — ainsi d'ailleurs que dans tous les cas de fibromes — de rechercher ce retentissement rénal possible, non seulement par la recherche de l'albumine, procédé tout à fait insuffisant, mais par l'examen fonctionnel complet de l'appareil rénal et surtout par la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard, ainsi que le conseille Dionet²⁴ dans sa thèse, inspirée par Albertin. Mais il faut bien savoir que si l'existence de lésions rénales entraîne un pronostic plus grave de l'intervention, cela ne contre-indique nullement cette dernière, qui cherche précisément à supprimer la cause initiale (Rochet⁸¹). On pourra toutefois chercher, avant d'opérer, à améliorer la constante de la malade en la mettant au régime lacto-végétarien pendant un certain temps tout en vidant régulièrement sa vessie. C'est ce qui fut fait en particulier pour la malade de Brin⁷, laquelle ne fut opérée qu'après traitement de sa cystite et avoir suivi une cure de désintoxication.

Il est difficile, d'après nos observations, d'établir un pourcentage exact de la mortalité des interventions pratiquées dans ces conditions. En effet, d'après les observations recueillies dans la littérature, les plus vieilles en date ne mentionnent guère que des résultats d'autopsie, et il est bien probable que parmi les autres, il fut publié plus de bons résultats que de mauvais. Parmi les observations de la série Hartmann nous ne trouvons qu'un décès (obs. XV). Ce décès est survenu le deuxième jour après l'opération, la température était à 40°, il n'est pas

donné d'autres renseignements. Il s'agissait d'un volumineux fibrome de la paroi postérieure de l'utérus enclavé dans le Douglas, mais sans adhérences, et accompagné d'un gros kyste de l'ovaire; l'opération consista en une hystérectomie sub-totale. Parmi les sept malades mortes sans opérations, dont nous avons donné les observations, quatre moururent de péritonite, une de phlébite des veines utérines et deux présentaient de la pyonéphose. Parmi les autres observations, nous trouvons deux décès post-opératoires; dans une observation (obs. LXXIX), la malade mourut d'hémorragie, dans l'autre (obs. XCVIII), la cause du décès, survenu au troisième jour n'est pas précisée, mais la malade présentait de la gangrène vésicale.

Dans presque toutes les autres observations, les suites furent normales; dans quelques-unes sont signalées des complications post-opératoires, mais sans rapport avec la rétention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(N° 295, hôpital) M^{me} A..., 34 ans, une grossesse.

Entre le 6 janvier 1902 pour métrorragies; le 15 et le 28 décembre 1901 présente de la rétention d'urine complète aiguë, la première fois pendant 30 heures, la deuxième pendant 24 heures; aux deux fois doit être sondée. Ces deux rétentions coïncident avec deux fortes hémorragies accompagnées de douleurs pelviennes très vives. La malade a des troubles de la menstruation depuis 18 mois environ.

Toucher : col à gros orifice admettant deux doigts, regardant en bas et en arrière; corps utérin en antéversion normale, petit; sur sa partie antéro-droite on sent une masse lobulée ayant la consistance d'un fibrome.

Opérée le 8 janvier 1902 (Prof. Hartmann), hystérectomie vaginale.

Diagnostic opératoire : utérus à petits fibromes multiples; kyste de l'ovaire droit gros comme une pomme d'api collé à la face postérieure du ligament large.

Suites opératoires : pleurésie gauche à streptocoques avec pleurotomie.

OBSERVATION II.

(N° 979, hôpital) M^{me} B..., 36 ans, une grossesse.

Entre le 9 septembre 1903 pour pollakiurie. Depuis 3 ans la malade urine difficilement, elle est parfois oligée d'attendre

un quart d'heure avant de pouvoir le faire; pas de douleur à la miction. Il y a 5 semaines, rétention aiguë d'urine obligeant la malade à se faire sonder. Depuis ce moment, la malade urine environ toutes les heures (jour et nuit) mais sans douleur. *Pas d'hémorragies ni autre trouble fonctionnel signalés.*

Palpation : masse remontant à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse.

Toucher : tumeur volumineuse bombant dans le cul-de-sac antérieur, paraissant siéger à la face antérieure de l'utérus. Opérée le 23 septembre 1903, hystectomie totale.

Diagnostic opératoire : fibrome dur, du volume d'une orange, développé à la face antérieure du col et descendant plus bas que celui-ci. Pelvipéritonite adhésive se traduisant par des adhérences de l'intestin, de l'épiploon, de l'S iliaque et de la disparition du cul-de-sac de Douglas; épiploon adhérent au péritoine antérieur et au fond du cul-de-sac vésical antérieur. Suites normales.

OBSERVATION III.

(N° 1.150, hôpital) M^{me} G..., 43 ans, 2 grossesses.

Entre le 27 janvier 1904, pour rétentions successives d'urine. Pour la première fois, 5 mois auparavant, a une rétention complète aiguë, nécessitant le cathétérisme. Depuis, a eu 2 autres rétentions qui ont duré trois jours et quelques autres, d'une douzaine d'heures, qui ont cédé à des lavements et à des injections chaudes. La dernière rétention date de douze jours. La fréquence de mictions est normale dans l'intervalle. Depuis 5 ans les règles sont très abondantes; depuis 3 ans douleurs rénales avec urines troubles depuis cette époque; hématurie depuis 8 mois.

Toucher : col régulier, difficile à sentir, légèrement entr'ouvert; le fond utérin remonte à trois centimètres environ au-dessous de l'ombilic. Opérée le 12 février 1904 (Prof. Hartmann) hysterectomie abdominale subtotale avec conservation des annexes.

Diagnostic opératoire : utérus régulièrement développé contenant un fibrome mou, annexes saines. Suites normales.

OBSERVATION IV.

(N^o 1.313, hôpital) M^{me} M..., 32 ans, 4 fausses-couches, 1 enfant.

Entre le 21 mai 1904 pour pollakiurie et douleurs à la miction. Le 2 janvier 1904 fit une chute sur le bassin (chaise retirée brusquement). Ayant envie d'uriner, 4 à 5 heures après, il lui est impossible de le faire. Pendant huit jours la malade garde le lit sans pouvoir émettre une goutte d'urine; à ce moment on la sonde, et on retire, dit-elle, 8 à 10 litres d'urine, en deux fois, pour ne pas vider la vessie d'un seul coup. A la suite de cette rétention, la malade a des mictions fréquentes mais fort peu abondantes; les urines sont mélangées d'un peu de sang et de filaments blanchâtres. En février, l'urine redevient claire; les mictions sont toujours fréquentes mais non douloureuses. Au début de mai, elle urine du sang pendant 3 jours. Le 14, vient à la consultation où on la sonde, et on retire ainsi un litre d'urine. *Aucun autre signe fonctionnel.*

Toucher : on trouve un col utérin à orifice entr'ouvert, regardant en avant et placé au-dessus et à gauche de la symphyse; dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse arrondie grosse comme le poing. Opérée le 8 juin 1904 (Prof. Hartmann) hystérectomie abdominale subtotale.

Diagnostic opératoire : cul-de-sac pré-utérin remonté de plusieurs travers de doigts au-dessus du pubis; le corps utérin, petit, est refoulé en haut et en avant; de sa face postérieure se détache un gros fibrome qui descend en arrière et remplit l'excavation. Suites normales.

OBSERVATION V.

(N^o 1.361, hôpital) M^{me} L..., 41 ans, deux enfants. Entre le 28 juin 1904, pour dysurie, douleurs pelviennes et hémorragies. C'est un an avant sa deuxième grossesse, datant de 26 ans, que la malade commence à avoir des hémorragies abondantes. En février 1904, sans troubles urinaires antérieurs signalés, la malade constate qu'elle ne peut uriner, si ce n'est quelques gouttes au bout d'une demi-heure. Depuis, la rétention se reproduit trois fois par mois, et même douze fois pendant le mois de mai; ces rétentions se

produisent spécialement la nuit et nécessitent chaque fois le cathétérisme. Dans l'intervalle de ces rétentions, urine toutes les heures le jour et 6 à 8 fois la nuit, mais peu à la fois. Depuis son entrée, à l'hôpital, rétention d'urine chronique incomplète nécessitant le cathétérisme.

Toucher : col un peu gros, à orifice regardant dans l'axe du vagin, *porté en masse* contre le pubis. En arrière du col, on sent une masse dure, immobile formée par la réunion de lobules arrondis. Opérée le 13 juillet 1904 (Prof. Hartmann) hystectomie abdominale subtotale. Suites normales.

OBSERVATION VI.

(N° 1.674, hôpital) M^{me} P..., 47 ans, 3 grossesses.

Entre le 15 février 1905, pour rétention d'urine. Le 15 janvier 1905, pour la première fois, il lui est impossible d'uriner; absence complète de mictions ce jour ainsi que le lendemain dans la soirée duquel elle urine quelques gouttes. Pendant ces deux jours, douleurs très violentes dans la région hypogastrique avec irradiations à tout l'abdomen. Depuis cette époque, mictions fréquentes (toutes les demi-heures, environ) ne donnant que quelques gouttes d'urine.

Le 24 janvier, nouvelle impossibilité d'uriner : reste les 24, 25 et 26 janvier sans la moindre goutte d'urine; les douleurs de la région hypogastrique sont très violentes. La malade se fait sonder dans un hospice et dit qu'on retire alors trois litres d'urine trouble. Pendant les quatre jours suivants, on la sonde 3 fois par jour, elle reste ensuite une journée avec des mictions spontanées, puis, ayant quitté l'hôpital, elle est obligée de se sonder elle-même 4 à 5 fois par jour. Depuis ce moment, les douleurs hypogastriques sont beaucoup plus intenses, surtout après la miction. Deux fois, elle aurait uriné du sang, mais dans des conditions non précisées. Le 13 février, deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle a des douleurs très violentes l'empêchant d'introduire la sonde. Le 14, urine un peu; le 15, à son entrée à l'hôpital, on la sonde et on retire de l'urine trouble. *Pas d'autre signe fonctionnel attirant l'attention.*

Toucher : masse du volume d'une orange, développée aux dépens de la paroi antérieure du col et remplissant tout le vagin.

Opérée le 3 mars 1905 (Prof. Hartmann) myomectomie par morcellement.

Lorsqu'on arrive à la limite du fibrome, on constate qu'on est en bordure de la vessie en avant; et, qu'en arrière et à gauche, il existe un orifice dans lequel un hystéromètre s'engage à 8 centimètres et qui correspond à l'orifice du canal utérin. Suture de la surface cruentée du col par quelques points au catgut; drain dans le canal cervical. Suites normales.

OBSERVATION VII.

(N^o 1.994, hôpital) M^{me} D..., 52 ans, ménopause depuis trois ans, pas de grossesse.

Entre le 25 septembre 1905, pour rétention d'urine. Un mois environ avant son entrée à l'hôpital, constate que les mictions sont douloureuses surtout au début; la fréquence de ces mictions restant la même. Le 12 septembre, pour la première fois, ne peut arriver à uriner, malgré tous ses efforts. Les douleurs sont violentes et la malade fait venir un médecin qui la sonde douze heures après le début de cette rétention. Le cathétérisme pratiqué, avec une sonde molle, est facile et le soulagement immédiat. Depuis il a fallu tous les jours sonder la malade, qui, malgré tous ses efforts, ne peut arriver à uriner. La constipation qui existait précédemment chez la malade, n'a pas augmenté. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, il a fallu la sonder deux fois par jour; les urines sont claires. *Pas d'autre symptôme fonctionnel.*

Toucher : Le doigt, à peine introduit dans le vagin, on sent, pointant très en haut et en avant, la saillie du col, qui est mou, entr'ouvert, non douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac droit, on sent une masse volumineuse, plongeant dans le bassin et dont la paroi antérieure s'étend verticalement; cette masse est consistante, dure, uniforme et à peine mobilisable. Opérée le 6 octobre 1905 (Prof. Hartmann). Du fond de l'excavation émerge le corps utérin; à droite et en avant de lui, le péritoine est soulevé par une tumeur arrondie, le cul-de-sac vésico-utérin est presque entièrement effacé, soulevé qu'il est par la présence d'une tumeur sous-péritonéale du volume d'une petite orange. Hystérectomie abdominale subtotalaire après ablation du fibrome par décortication. Suites normales.

OBSERVATION VIII.

(Obs. 1996 hôpital) M^{me} B..., 46 ans, 1 grossesse.

Entre à l'hôpital le 20 octobre 1905, pour douleurs lombaires et pelviennes, ainsi que pour des troubles de la miction. Depuis 2 ans la malade présente des métrorragies et des ménorragies. Toute la semaine qui précède son entrée à l'hôpital, elle éprouve des douleurs à la miction, surtout à la fin de celles-ci; cette même semaine, il lui est également arrivé de rester 24 heures sans pouvoir uriner. Le lendemain de son entrée présente de la rétention d'urine : la miction est impossible, il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine.

Toucher : le col, dont l'orifice regarde en bas, est porté en masse en avant; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse du volume d'une mandarine.

Opération le 9 octobre 1905 (Prof. Hartmann). Hystérectomie subtotale, avec ablation bilatérale des annexes.

Diagnostic opératoire : fibrome de la face postérieure de l'utérus; annexite suppurée à droite; à gauche, hydrosalpinx avec ovaire kystique. Adhérences nombreuses. Suites normales.

OBSERVATION IX.

(N° 2310, hôpital) M^{me} G..., 50 ans, 5 enfants, 5 fausses couches.

Entre le 7 mars 1906 pour rétention d'urine. Depuis le premier mars, la malade, qui jusque-là urinait bien, éprouve une certaine difficulté. Les mictions sont plus fréquentes en même temps que plus impérieuses. Jusques au 4 mars la malade à 7 à 8 mictions le jour ainsi que la nuit. Les mictions sont peu abondantes mais nécessitent des efforts pénibles. Le 4 mars, brusquement, la malade est dans l'impossibilité d'uriner; on la sonde le soir. Les 5 et 6 mars, la rétention persiste toujours et on est également obligé de sonder la malade. Le 7, elle entre à l'hôpital où on la sonde. Le 8, la malade peut uriner spontanément : trois à quatre mictions non douloureuses pendant la journée, une miction dans la nuit du 8 au 9. Le 9, la malade continue à uriner spontanément. Les règles sont irrégulières depuis quelques mois; deux hémorragies, ayant duré une quinzaine de

jours ont alterné avec des périodes de deux mois pendant lesquels la malade n'a pas eu ses règles.

Toucher : col assez volumineux à orifice ouvert regardant dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, dont les mouvements se transmettent à une masse que l'on sent par le palper, dans la partie inférieure de l'abdomen. Opérée le 19 mars 1906 (Prof. Lecène). Hystérectomie abdominale subtotala avec énucléation du myôme sous-péritonéal.

Diagnostic opératoire : Fibrome du volume d'une tête de fœtus sous-péritonéo-pelvien, développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus et s'enfonçant dans le ligament large droit. La vessie est très remontée au-dessus de la symphyse. Suites normales.

OBSERVATION X.

(N^o 2.709, hôpital) M^{me} F..., 48 ans, grossesse (3).

Entrée à l'hôpital le 1^{er} octobre 1906 pour rétention d'urine. Depuis un mois avait constaté qu'elle était obligée d'uriner très fréquemment, se relevant 2 et 3 fois la nuit. Dans la nuit du 28 au 29 septembre fut prise brusquement de douleurs et de violentes envies d'uriner; elle se lève, mais ne peut uriner. Les douleurs vont en augmentant, occupant tout le bas-ventre, irradiant vers les aines et les lombes et que la malade compare aux douleurs de l'accouchement. Le 29 au matin, un médecin la sonde; dans la journée les douleurs recommencent et le lendemain matin on la sonde à nouveau ainsi que dans le courant de la journée. Elle entre le 1^{er} octobre. Un cathétérisme est pratiqué ainsi que le lendemain. Dans la nuit du 2 au 3 octobre, la malade s'aperçoit qu'elle perd ses urines dans son lit; elle se lève, fait de grands efforts et arrive à uriner en s'aidant de la pression des mains sur la vulve. Depuis, elle a de fréquentes envies d'uriner et arrive toujours à le faire spontanément en s'aidant toujours de la pression des mains; mais après qu'elle a ainsi uriné, si on la sonde, on retrouve encore une petite quantité d'urine. Présence d'albumine dans ses urines. Règles irrégulières et plus abondantes depuis un an et demi environ.

Toucher : col à orifice entr'ouvert; dans les culs-de-sac antérieur et postérieur déplissés, le doigt tombe sur une masse dure,

lisse, non mobilisable. Opérée le 9 octobre 1906 (Prof. Lecène). Hystérectomie subtotala. Diagnostic opératoire : gros utérus fibromateux, bourré de fibromes. La vessie est fortement soulevée et remontée par le fibrome. Un schéma post-opératoire montre qu'il existait une grosse masse à la face postérieure du corps et une autre grosse masse à la face postérieure du corps remplissant toute la concavité sacrée. Suites normales.

OBSERVATION XI.

(N° 2.709, hôpital) M^{me} B..., 45 ans, pas de grossesse.

Entre le 17 novembre 1906 pour rétention d'urine. Le 15 novembre, malgré tous ses efforts ne peut arriver à uriner; la malade doit quitter son travail; son médecin la sonde et retire une grande quantité d'urine. Elle reste quarante-huit heures sans uriner, avec des douleurs hypogastriques extrêmement intenses qui s'irradient vers les fosses lombaires. Elle entre à l'hôpital où on la sonde avec grande facilité et on retire un litre et demi d'urine. On la sonde encore le soir, puis dans la nuit; les jours suivants elle continue à ne pouvoir uriner spontanément. *Pas d'autre signe fonctionnel.*

Toucher : col petit et mou, ouvert, dirigé en bas, porté en masse contre la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur et à droite on sent une masse dure douloureuse, grosse comme les deux poings qui semble enclavée dans le petit bassin et que l'on retrouve, par le palper abdominal, à droite de la ligne médiane. Opérée le 3 décembre 1906 (Prof. Lecène). Hystérectomie abdominale subtotala.

Diagnostic opératoire : fibrome sous-péritonéal de la paroi postérieure; petit kyste de l'ovaire à gauche; à droite, kyste de l'ovaire gros comme le poing inclus dans le ligament large. Suites normales.

OBSERVATION XII.

(Obs. 3.010, hôpital) M^{me} P..., 43 ans, pas de grossesse.

Entre à l'hôpital le 11 mai 1907 parce que son abdomen augmente de volume. L'abdomen de la malade grossit depuis huit ans, les ménorragies dont elle se plaint, datent de 5 à 6 ans,

Elle urine souvent dans la journée et 1 à 2 fois la nuit; les urines sont claires; pas de douleur à la miction. Il y a 5 mois, a présenté de la rétention d'urine ayant nécessité des cathétérismes.

Toucher : col dans l'axe du vagin; une masse dans le cul-de-sac postérieur; une autre, dans le cul-de-sac antérieur; grosse masse abdominale.

Opération le 22 mai 1907 (Prof. Lecène). Castration supravaginale très basse.

Diagnostic opératoire : fibrome inclus sous le péritoine antérieur; un autre fibrome est inclus sous le péritoine du Douglas. Poids de la masse totale : 3 kil. 500. Suites normales.

OBSERVATION XIII.

(N° 3.077, hôpital) M^{me} G..., 48 ans, 5 enfants

Entre le 10 juin 1907, pour pollakiurie. Depuis quatre mois, la fréquence des mictions augmente : dans la journée 2 à 3 fois par heure, mais elles sont peu abondantes; elles s'accompagnent de douleurs hypogastriques mais sans brûlures urétrales; les urines sont claires. Entre les mictions, sensation de pesanteur dans le bassin. La nuit tous ces phénomènes disparaissent. Il y a un mois, les mictions sont devenues encore plus fréquentes (10 à 12 fois par heure); elles se réduisent à quelques gouttes d'urine; les douleurs ont augmenté. La sensation de pesanteur augmente et apparaît même la nuit, mais moins fort que le jour. La nuit, elle urine difficilement, restant parfois deux heures avant de pouvoir le faire et pendant lesquelles elle ressent des douleurs dans le bassin et dans la région lombaire qu'elle compare aux douleurs de l'accouchement. La malade ne peut plus uriner assise, elle ne peut plus le faire que dans la station debout. Dans la nuit du 5 au 6 juin, elle ne peut uriner, les douleurs sont violentes et un médecin est obligé de la sonder à 10 heures, dans la matinée du 6. La malade est soulagée mais le soir, on est obligé, à nouveau, de la sonder. Depuis, retour des phénomènes qui existaient avant, depuis un mois (pesanteur dans le bassin, 2 mictions par nuit, 10 à 12 le jour). Les règles ont conservé leur régularité, mais sont plus douloureuses; constipation habituelle non augmentée.

Toucher : col plaqué en haut et en avant et dont l'orifice regarde en haut et en avant, en arrière de la symphyse pubienne. le cul-de-sac postérieur est agrandi et on y sent une masse dure et arrondie. Opérée le 19 juin 1907 (Prof. Hartmann). Hystérectomie abdominale subtotale.

Diagnostic opératoire : utérus fibromateux, rétrofléchi, congestionné, violacé, enclavé dans le petit bassin sans adhérence. A la coupe, on trouve un fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus. Suites normales.

OBSERVATION XIV.

(N^o 3.086, hôpital) M^{me} D..., 44 ans, 2 enfants.

Entre le 24 mai 1907 pour rétention d'urine. Depuis 6 mois les règles sont très abondantes; au mois de février (trois mois auparavant) la malade fut prise brusquement de douleurs abdominales très vives qu'elle compare aux douleurs expulsives de l'accouchement. La rétention d'urine est complète et la malade doit se faire sonder. Elle reste 15 jours couchée pendant lesquels elle perd beaucoup de sang mélangé de gros caillots. Depuis, les mictions sont pénibles, fréquentes, abondantes avec ténésme vésical. Dans la nuit du 23 au 24 mai, la malade est prise, à nouveau, de douleurs abdominales violentes. On la transporte à l'hôpital où l'on constate que la malade fait de la rétention d'urine; on la sonde, elle est immédiatement soulagée.

Toucher : Col déchiqueté, ouvert, dans l'axe du vagin; sa lèvre antérieure tend à se coller contre le pubis. Epithélioma du cul-de-sac postérieur du vagin.

A la palpation : Tumeur volumineuse remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Opérée le 24 juin 1907 (D^r Okinczic). Hystérectomie abdominale totale avec résection de 4 cent. de la paroi postérieure du vagin.

Diagnostic opératoire : Volumineux fibrome sous-péritonéal et sous-vésical de la paroi antérieure de l'utérus, qui est basculé et repoussé en arrière; la vessie est soulevée et repoussée en avant. La malade est revue 5 mois après avec une récurrence du néoplasme vaginal : colpectomie.

OBSERVATION XV.

(N° 3.121, hôpital) M^{me} B..., 45 ans, 2 enfants.

Entrée le 2 juillet 1907, pour rétention d'urine et constipation opiniâtre. Pour la première fois présente de la rétention d'urine pendant une journée et demie en août 1906 et dû être sondée. En octobre, présente une nouvelle crise de rétention d'urine, puis les crises se succèdent, d'abord de six semaines en six semaines puis tous les mois. Au mois de mars 1907 a présenté 5 crises. La dernière rétention d'urine date de la veille : on a retiré 1 litre $\frac{1}{2}$ d'urine. Depuis six mois environ, la malade éprouve une sensation de pesanteur, de barre au niveau de la région sus-pubienne au moment de la miction. Elle présente également des envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire momentanément. Ses règles sont régulières, peu abondantes. Elle ressent une pesanteur dans le bas-ventre lorsqu'elle marche pendant un certain temps; elle est, en outre, très constipée.

A la palpation : On sent, au-dessus du pubis, une tumeur dure arrondie.

Au toucher : Col petit, très près de l'orifice vulvaire, plaqué contre la paroi vaginale antérieure. En arrière du col, se continuant avec lui à angle droit, on sent une tumeur dure, arrondie, qui remplit l'excavation. Opérée le 17 juillet 1907 (Prof. Lecène) hystérectomie abdominale subtotale.

Diagnostic opératoire : Fibrome du volume du poing développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus qui est rétrofléchi. Le fibrome est enclavé dans le Douglas mais sans adhérence. A droite : ovaire kystique du volume de deux poings.

Suites : Le lendemain de l'opération, la malade est en plateau à 30°. Le deuxième jour elle a 40° et meurt. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION XVI.

(N° 3.464, hôpital) M^{me} M..., 39 ans, grossesse (3)

Entrée le 30 décembre 1907 pour rétention d'urine. La malade a un retard de règles de trois mois. Depuis un mois elle éprouvait de la gêne pour uriner avec envies fréquentes et émission lente d'urine. Le matin pour pouvoir uriner, elle est obligée de

se mettre debout et ne peut uriner qu'au bout d'un certain temps d'attente. Le 29 décembre au soir, elle est prise brusquement de coliques abdominales violentes avec émission involontaire de quelques gouttes d'urine en même temps qu'elle éprouve une très forte envie d'uriner. Le lendemain matin, n'ayant pu uriner de toute la nuit, la malade vient à l'hôpital où on la sonde; on retire 1 litre d'urine. Depuis son entrée n'urine que quelques gouttes par jour et n'est soulagée que quand on la sonde.

Toucher : Col porté en masse sous et contre la symphyse; le corps en rétroflexion, mais avec une partie plus dure pierreuse; on ne peut le réduire.

Opérée le 6 janvier 1908, cœliotomie (Prof. Hartmann). Le corps utérin gravide en rétroflexion est dans l'excavation. Petit fibrome de la grosseur d'une noix verte, sur la partie antéro-droite du corps. On désenclave l'utérus et on voit à la face postérieure un deuxième fibrome dur, qui constituait la partie pierreuse perçue au toucher dans le cul-de-sac postérieur. Suites normales.

OBSERVATION XVII.

(N° 4.185, hôpital) M^{me} F..., 42 ans, pas de grossesse.

Entrée à l'hôpital le 4 septembre 1908 pour crises répétées de rétention d'urine. Le 11 juillet 1908, brusquement, la malade est dans l'impossibilité d'uriner spontanément. Les règles surviennent le 13. Les fonctions urinaires ne reprennent leur cours normal qu'au moment de la fin des règles. Depuis, à chaque période menstruelle, ces mêmes symptômes se sont reproduits. Le dernier mois, ces rétentions surviennent à intervalles de huit jours, mais ne durent alors que 24 heures. Depuis les dernières règles, ces troubles sont, pour ainsi dire, continuels. *Aucune modification des règles, aucun autre signe fonctionnel.*

Toucher : Col assez volumineux, mou, à orifice circulaire regardant dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse assez résistante, mobile avec l'utérus; ce dernier est assez volumineux, remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Opérée le 11 septembre 1908 (Prof. Lecène). Hystérectomie abdominale totale.

Diagnostic opératoire : Fibrome sous-séreux de la face postérieure de l'utérus, remplissant l'excavation sacrée. Petit fibrome pédicule au niveau du fond de l'utérus; la vessie est soulevée.

Suites : Congestion base gauche.

OBSERVATION XVIII.

(N° 4.262, hôpital) M^{me} D..., 49 ans, 3 grossesses.

Entrée à l'hôpital le 7 octobre 1908 pour métrorragies. Le 23 novembre 1907, après être restée toute la nuit sans uriner, constate en se levant qu'elle ne peut le faire. A midi, trois mictions spontanées à 10 minutes d'intervalle. Le 12 janvier 1908, et deux autres fois, de janvier à avril, éprouve cette même impossibilité d'uriner, le matin au réveil, après quoi elle a une miction spontanée vers 9 à 10 heures du matin. En avril, nouvelle impossibilité d'uriner, au réveil, mais cette fois, les douleurs hypogastriques vont en augmentant et deviennent si intenses que la malade doit se faire sonder. Beaucoup d'urine dans la vessie, dit la malade, sans préciser. Depuis sa première rétention d'urine, elle a 5 à 6 mictions, le jour; 2, la nuit. Pour introduire la sonde, on est obligé d'abaisser fortement le pavillon de la sonde en bas et en arrière. Règles douloureuses, depuis deux ans.

Toucher : Gros polype fibreux du volume du poing, saillant dans le vagin. Le fond de l'utérus remonte à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic.

Opérée, le 9 octobre 1908 (Prof. Hartmann). Après ablation par morcellement du gros polype fibreux, on constate qu'il existe une masse fibromateuse, arrondie, dure, du volume d'une orange, développée dans la paroi antérieure du col et qui refoule la vessie. Myomectomie vaginale. Suites normales.

OBSERVATION XIX.

(N° 6.349, hôpital) M^{me} J..., 45 ans, 2 enfants.

Entre à l'hôpital, le 9 septembre 1910, pour des hémorragies utérines et des troubles urinaires. Les règles sont irrégulières et très abondantes depuis deux ans environ. Depuis six mois, quel-

ques jours avant ses règles, a des troubles de la miction; elle a envie d'uriner toutes les demi-heures environ, le jour comme la nuit; les mictions ne sont pas douloureuses. La malade ne peut uriner assise, mais seulement debout. Les mictions sont peu abondantes, les urines sont claires. Si la malade se retient d'uriner, elle ne peut plus uriner ensuite et il faut qu'on la sonde. Tous ces troubles disparaissent avec l'apparition des règles. Depuis un mois ces troubles sont presque continuels. Depuis six mois, la malade se plaint de ténésme rectal et ne peut plus aller à la selle qu'à l'aide de lavements.

Toucher : Il est impossible d'atteindre le col, trop haut placé. Le vagin est rempli par une masse dure, de consistance fibromateuse, enclavé dans le petit bassin et refoulant la paroi vaginale. Pas de masse appréciable par le palper bi-manuel.

Opérée le 13 septembre 1910 (Prof. Lecène). Hystérectomie abdominale subtotale.

Diagnostic opératoire : Fibrome de la paroi postérieure du corps utérin, inclus dans le Douglas; la vessie est refoulée dans l'abdomen, au-dessus du pubis. Suites normales.

OBSERVATION XX.

(Obs. 10.449, hôpital) M^{me} C..., 39 ans, 2 grossesses.

Entre à l'hôpital le 30 mai 1914, pour des troubles urinaires. Depuis 18 mois, éprouve de la difficulté pour la miction, au moment des règles; ces troubles cessent avec les règles. Quatre jours avant ses dernières règles, la malade reste 12 heures sans pouvoir uriner, après quoi, elle ne peut uriner que quelques gouttes à la fois, jusques à la fin de ses règles; à ce moment, les troubles disparaissent complètement. *Pas d'autre symptôme fonctionnel.*

Toucher : Le col semble collé à la symphyse; dans le cul-de-sac postérieur, une masse arrondie.

Opération le 5 juin 1914 (Prof. Hartmann) plusieurs petits fibromes; un fibrome volumineux, développé au niveau de la paroi postérieure, est adhérent dans le Douglas. Annexite double. Suites normales.

OBSERVATION XXI.

(N^o 10.649, hôpital) M^{me} C..., 41 ans, 2 enfants.

Entre le 30 juillet 1914, pour rétention d'urine. Aucune modification des règles, *aucun autre symptôme fonctionnel*. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, constate, le matin, pour la première fois, qu'elle ne peut uriner spontanément et est obligée de se faire sonder. Par la suite, on est obligé de la sonder deux fois par jour.

Palper : Masse occupant toute la région sus-pubienne.

Toucher : Col regardant en bas et en arrière; les culs-de-sac sont souples. En avant du col on sent la masse que l'on retrouve par le palper, au-dessus du pubis.

Opérée le 3 août 1914 (D^r Okinczic). Hystérectomie subtotale. Suites normales.

OBSERVATION XXII.

(N^o 11.870, hôpital) M^{me} T..., 32 ans, pas d'enfant.

Entre à l'hôpital, le 10 novembre 1915, pour rétentions successives d'urine. Il y a 14 mois, 2 jours avant ses règles, la malade ayant envie d'uriner, ne peut y parvenir et doit se faire sonder; le soir elle urine seule. Les règles sont normales. Un mois plus tard, également 2 jours avant ses règles, la malade doit se faire sonder encore une fois, après quoi les mictions redeviennent normales.

Pendant 3 à 4 mois de suite et toujours dans les mêmes conditions, ces troubles se reproduisent. Plus tard, la rétention devient de plus en plus fréquente, apparaissant même entre les périodes menstruelles. Depuis quelques mois, ces crises de rétention surviennent 2 à 3 fois par semaine : brusquement, malgré tous ses efforts, la malade ne peut uriner et doit se faire sonder. Après un cathétérisme, la malade urine facilement pendant quelques jours jusqu'à ce que la rétention se reproduise. Les crises de rétention — sauf 2 — surviennent la nuit; elles ne paraissent pas avoir de rapports avec la fatigue. *Aucun autre symptôme fonctionnel n'est signalé.*

Toucher : Le doigt à peine introduit dans le vagin, rencontre une masse arrondie, dure, se continuant avec une masse sentie

au palper abdominal et qui remonte à deux doigts au-dessous de l'ombilic. En ayant de la tumeur, on sent le col utérin très haut, au-dessus et contre le pubis. Opérée le 12 novembre 1915 (D^r Rio Branco). Hystérectomie abdominale subtotale; fibrome difficile à extérioriser. Suites normales.

OBSERVATION XXIII.

(N^o 17.207, hôpital) M^{me} C..., 1 enfant.

Entre le 22 avril 1919, pour des hémorragies utérines. Un fibrome utérin a été diagnostiqué depuis plusieurs années. Depuis une huitaine de jours environ, les mictions sont très impérieuses et la malade a de la peine à retenir ses urines (fait constaté au cours de l'examen de la malade). Constipation depuis 4 à 5 mois.

Toucher : Col regardant dans l'axe du vagin, plaqué contre la symphyse; les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont remplis par une masse dure, bosselée; les mouvements communiqués à cette masse se transmettent à une masse que l'on sent par le palper abdominal et qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Opérée le 25 avril 1919 (D^r Okinczic). Immédiatement avant l'intervention, un cathétérisme est pratiqué à l'aide d'une sonde en verre et ramène la valeur d'une miction normale; le cathétérisme est difficile en raison de l'obésité de la malade et de la profondeur du méat urétral. Après coeliotomie médiane sous-ombilicale, on ne trouve de péritoine libre qu'au niveau de l'ombilic, le cul-de-sac antérieur de la séreuse est soulevé jusqu'à ce niveau par un énorme globe fluctuant qui paraît être la vessie, malgré le résultat du cathétérisme pré-opératoire et l'absence de tout symptôme d'incontinence par regorgement. En tous cas, l'abord de l'utérus et du fibrome étant impossible avec cet énorme globe, on pratique, au-dessous du péritoine, une ponction au trocart qui ramène 3 litres d'urines troubles. Fermeture de la vessie en trois plans, puis extériorisation d'un fibrome enclavé dans le pelvis. Hystérectomie subtotale. Sonde à demeure.

Suites : Le soir, écoulement de sang par la sonde; lavage à l'antipyrine. La sonde se bouchant, est changée les deuxième et

sixième jours, puis supprimée le dixième. Suppuration légère de la partie supérieure de l'incision.

OBSERVATION XXIV.

(N° 18.720, hôpital) M^{me} L..., 42 ans, pas d'enfant.

Entre le 31 mars 1920 parce qu'elle a de la difficulté à uriner. 4 à 5 mois avant son entrée, à l'hôpital, commence à éprouver de la difficulté à uriner; elle est obligée de faire des efforts, mais les mictions ne sont pas douloureuses et les urines sont normales. Peu à peu, les troubles augmentent, mais toujours, sans aucun autre symptôme fonctionnel. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, la malade qui était sur le point d'avoir ses règles, est tout à fait incapable d'uriner et est obligée de se faire sonder. Règles normales, deux jours après. Depuis cette époque, les difficultés à uriner sont particulièrement marquées le matin, au réveil, la malade ne pouvant uriner qu'après 2 à 3 essais. *Aucun autre symptôme fonctionnel*, et la malade vient uniquement de peur d'une nouvelle impossibilité d'uriner.

Toucher : Col utérin regardant en bas et à droite; il est déplacé dans son ensemble vers la droite. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse dure, ferme, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse; dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse qui fait corps avec l'utérus. Opérée le 9 avril 1920 (D^r Okinczic). Hystérectomie subtotale.

Diagnostic opératoire : Gros fibrome de l'utérus. Suites normales.

OBSERVATION XXV.

(N° 19.083, hôpital) M^{lle} J..., 34 ans, pas d'enfant.

Entre à l'hôpital le 19 juillet 1920 parce qu'elle a présenté plusieurs fois de la rétention d'urine. Depuis 7 mois, les règles ont progressivement augmenté de durée. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, constate un matin, à 5 heures, qu'elle ne peut uriner spontanément et doit se faire sonder 3 heures après. Huit jours après, dans l'après-midi, ne peut, à nouveau, uriner spontanément et doit encore se faire sonder. Quelques jours après, nouvelle rétention : nouveau cathétérisme, et ainsi plusieurs ré-

tentions séparées par des intervalles de 8 à 15 jours. Dans l'intervalle de ces rétentions, les mictions sont absolument normales. En même temps que ces rétentions d'urine font leur apparition, la malade constate que les hémorragies sont de plus en plus abondantes et deviennent douloureuses. La dernière rétention (5 jours avant son entrée) coïncide avec des règles très abondantes (caillots de sang) et qui furent précédées de fortes douleurs pendant une journée.

Toucher : Col petit, complètement reporté à la face postérieure de la symphyse et bas situé. On peut à peine passer en avant de lui. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse, bombant dans le vagin et s'étendant de la face postérieure du col au sacrum et de la paroi pelvienne latérale gauche à deux travers de doigts de la paroi pelvienne latérale droite. On sent, juste au-dessus de la symphyse, le fond de l'utérus sous la forme d'une petite masse dont les mouvements se transmettent au col. Opérée le 23 juillet 1920 (Prof. Hartmann). Hystérectomie abdominale totale.

Diagnostic opératoire : Fibrome en grande partie sous-péritonéal, soulevant le péritoine du Douglas. Le col, conservé comme longueur, se recourbait à angle droit, avec une cavité utérine allongée, située au-dessous et en avant du fibrome. Annexe bilatérale adhérente. Suites opératoires : hématome suppuré de la paroi.

OBSERVATION XXVI.

(N^o 19.862, hôpital) M^{me} F..., 26 ans, pas de grossesse.

Entre à l'hôpital le 23 mars 1921, pour troubles urinaires. Quinze jours, environ, avant son entrée sentit le matin, en se réveillant, une douleur assez violente dans le bas-ventre, en même temps qu'elle éprouvait un violent besoin d'uriner. Mais tous ses efforts restent vains et un médecin, appelé, la sonde deux heures après et retire un litre d'urine; les douleurs disparaissent aussitôt. Depuis ce moment, la rétention aiguë ne s'est pas reproduite, mais à chaque miction, la malade a la sensation légèrement douloureuse d'un corps comprimant l'urètre. *Aucun autre symptôme fonctionnel.*

Toucher : Col collé contre la symphyse. Dans le cul-de-sac

postérieur, on sent une masse grosse comme le poing, très dure, assez régulière; le corps semble englobé dans la masse. Opérée le 5 mars 1921 (D^r Cadenat). Hystérectomie subtotalé.

Diagnostic opératoire : L'utérus est en avant, mais se continue avec une masse enclavée dans le bassin. Suites normales.

OBSERVATION XXVII.

(N^o 22.000, hôpital) M^{me} B..., 52 ans, 2 grossesses. Ménopause depuis 6 ans.

Entre le 13 mars 1922, pour des douleurs abdominales, dont elle souffre depuis sa ménopause. Il y a 4 ans, pendant un mois la malade a éprouvé de grandes difficultés pour uriner et à deux reprises la rétention a nécessité le cathétérisme.

Toucher : Masse dure, considérable, occupant tout le vagin; à la partie antérieure de cette masse, on sent un orifice transversal qui semble être le col. Les mouvements communiqués à la masse vaginale se transmettent à une grosse masse que l'on sent par le palper abdominal.

Opérée le 16 novembre 1922 (D^r Okinczic). Cœliotomie médiane sous-ombilicale. La vessie est remontée jusqu'à l'ombilic; elle est soulevée ainsi que le cul-de-sac vésical par la tumeur sous-jacente. Il s'agit d'un fibrome entièrement inclus dans le ligament large et formé aux dépens de la face postérieure du col utérin; il remplit tout le cul-de-sac de Douglas. Le corps utérin est petit. En libérant la tumeur on trouve le vagin étiré à la partie antérieure de la tumeur. Les pédicules de l'artère utérine, surtout celui du côté droit, sont étalés et dissociés à la surface de la tumeur. Hystérectomie totale. Celle-ci faite, on s'aperçoit que la face postérieure de la vessie est très amincie et réduite, en un point, à une paroi translucide. En essayant de la consolider par refoulement et capitonnage de la musculature, une pince détermine un petit orifice punctiforme, par lequel sort de l'urine. Suture de la paroi vésicale en deux plans au catgut. Fermeture du vagin et péritonisation. Fermeture de la paroi en un plan.

Suites : Urines sanglantes pendant les quatre premiers jours, urines troubles le cinquième : lavage de vessie.

OBSERVATION XXVIII.

(N^o 1.387, personnelle.) M^{me} D..., 34 ans, pas de grossesse. Entré à l'hôpital à la Pitié le 7 octobre 1900.

Douleurs pelviennes depuis un an environ, pas d'hémorragies pas de leucorrhée. Depuis trois mois, se plaint de difficultés de la miction, mais elle ne souffre pas pendant celle-ci; parfois, elle ne peut uriner, et depuis un mois a dû se faire sonder à plusieurs reprises.

Toucher : col porté en masse en arrière, à orifice regardant en bas et en arrière. En avant du col, faisant saillie dans le vagin, on trouve une tumeur arrondie, dure, séparée du col par un sillon et qu'on retrouve par le palper abdominal de la région hypogastrique. Cette tumeur remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'étend d'une fosse iliaque à l'autre. Les mouvements imprimés à cette tumeur se transmettent au col. En arrière et à droite du col, dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une autre tumeur également arrondie, dure, et mobile dans une certaine mesure. Opérée le 13 octobre 1900 (Professeur Hartmann), castration bilatérale après myomectomie. La vessie remonte jusqu'à mi-distance de l'ombilic : incision transversale du péritoine entre le fond de l'utérus et la vessie et énucléation par morcellement d'un fibrome intermédiaire à l'utérus et à la vessie. Suture de la poche par un surjet à étages successifs. Suites normales.

OBSERVATION XXIX.

(N^o 1.990, ville.)

Fréquentes envies d'uriner la nuit, avec difficultés pour le faire; quand elle est levée, n'arrive à uriner qu'au bout d'une heure. A plusieurs reprises, depuis un an, elle est obligée de se faire sonder.

Toucher : col porté en masse, en avant et contre la symphyse par suite de la présence en arrière d'une tumeur du volume du poing, arrondie, dure, faisant penser à un fibrome du corps utérin rétrofléchi.

Diagnostic opératoire : fibromes multiples dans un corps rétrofléchi.

OBSERVATION XXX.

(N° 2.131, ville.)

Mictions difficiles de temps à autre depuis 18 ans. Il y a quinze jours, rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme.

Toucher : col refoulé en haut, en avant et à gauche par une tumeur arrondie, dure, saillante dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic opératoire : tumeur multilobulée enclavée dans le Douglas.

OBSERVATION XXXI.

(N° 1.964, ville.)

Six mois auparavant, rétention d'urine pendant 18 heures. Depuis, à cinq reprises, petites rétentions temporaires.

Toucher : le doigt rencontre immédiatement une masse qui refoule la paroi vaginale postérieure; col très haut placé au-dessus du pubis.

Diagnostic opératoire : petit fibrome utérin et masse constituée par une tumeur végétante de l'ovaire placée dans le cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION XXXII.

(N° 2.710, ville.)

Rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme un mois auparavant.

Diagnostic opératoire : fibrome dans un utérus rétrofléchi, adhérent.

OBSERVATION XXXIII.

(N° 2.767, ville.)

Rétention complète ayant nécessité le cathétérisme.

Toucher : col assez haut et en arrière. En avant et à droite de lui, on trouve une masse que l'on retrouve par le palper abdominal.

Diagnostic opératoire : fibrome inclus dans le ligament large

droit, développé aux dépens de la paroi antéro-latérale droite de l'utérus.

OBSERVATION XXXIV.

(N^o 2.925, ville.)

Il y a deux ans, rétention d'urine; il y a deux mois, nouvelle rétention.

Toucher : col régulier porté en haut et en avant. En arrière de lui, dans le cul-de-sac postérieur, tumeur dure, se continuant avec une masse abdominale, lobulée remontant jusqu'à l'ombilic.

Diagnostic opératoire : Fibrome inclus dans le ligament large droit, et grosse salpingite suppurée postéro-latérale gauche remplissant le Douglas.

OBSERVATION XXXV.

(Ville.)

Malade ayant été sondée pendant une semaine, deux ans auparavant. Depuis, a conservé des mictions fréquentes, la nuit comme le jour.

Toucher : col petit, refoulé en masse en arrière par une tumeur dure qui soulève la paroi vaginale antérieure.

Diagnostic opératoire : fibrome inclus dans le ligament large gauche, développé dans la paroi antérieure de l'utérus.

OBSERVATION XXXVI.

(Ville.)

Rétention d'urine.

Toucher : on trouve un col porté en masse en avant, et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur du volume d'une mandarine.

A l'intervention : fibrome de la face postérieure de l'utérus.

OBSERVATION XXXVII.

(Ville.)

Rétention d'urine.

Grosse tumeur abdominale; on trouve le col dans l'axe du

vagin avec une tumeur dans le cul-de-sac postérieur, une autre en avant du col.

A l'intervention : deux fibromes, un inclus dans le ligament large et en arrière soulevant le péritoine du Douglas.

OBSERVATION XXXVIII.

(Ville.)

Rétention d'urine.

Toucher : on trouve un col collé contre la symphyse, et une masse arrondie, dans le cul-de-sac postérieur.

A l'intervention : fibrome de la paroi postérieure adhérent au Douglas.

OBSERVATION XXXIX.

(*Observation personnelle*)

M^{me} H..., 41 ans, deux grossesses antérieures.

Cette femme entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert, le 5 juin 1923, à 11 heures, pour rétention aiguë d'urine.

Cette malade, jusque-là bien portante, présentait, depuis une semaine environ, de la pollakiurie diurne, lorsque dans la nuit du 4 au 5 juin, vers une heure du matin, elle ne peut arriver à uriner, malgré tous ses efforts. Elle entre à l'hôpital, sans avoir été sondée et sans avoir pu émettre spontanément la moindre goutte d'urine.

La malade a eu ses dernières règles à la fin du mois de février, sans pouvoir préciser la date exacte. Depuis l'arrêt des règles, les seins de la malade ont augmenté de volume. Elle n'a jamais eu ni nausées, ni vomissements.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint de fortes douleurs dans toute la partie inférieure de l'abdomen et dans la région lombaire. A l'examen, on trouve un abdomen augmenté de volume, et, par la palpation, on délimite, au-dessus du pubis, une masse remontant jusqu'à l'ombilic, plus développée et de consistance plus ferme à gauche de la ligne médiane. Cette masse est mate à la percussion. Il existe une pigmentation de la ligne médiane et des seins qui sont augmentés de volume.

Au toucher, on atteint difficilement le col, qui est très haut

placé, à deux centimètres au-dessus du pubis; son orifice regarde en bas et en avant. Par l'intermédiaire du cul-de-sac vaginal postérieur, on sent une grosse masse rénitente, remplissant toute la concavité sacrée, et semblant indépendante de la masse que l'on sent au-dessus du pubis.

Le cathétérisme de la vessie est pratiqué à l'aide d'une sonde de Nélaton, n° 16. Ce cathétérisme se fait sans difficulté, malgré la situation profonde du méat, légèrement remonté au niveau de la face antérieure du vagin, et la longueur anormale (6 à 7 cm.) de la portion de sonde qu'il fallut introduire avant d'avoir un écoulement d'urine. On recueille ainsi un litre et demi d'urines claires, ce qui soulage immédiatement la malade.

Après ce cathétérisme, on examine à nouveau la malade. Au toucher, le col est toujours très haut, au-dessus de la symphyse; il est légèrement ramolli. La masse sentie dans le cul-de-sac postérieur a conservé ses caractères : elle est rénitente, régulière, sans contractions intermittentes; elle est enclavée et ne peut être remontée, les quelques mouvements que l'on arrive à lui communiquer ne se transmettent pas au col.

La masse abdominale est régulière, du volume d'une tête de fœtus à terme environ et ne paraît pas très dure à travers la paroi abdominale. Les mouvements que l'on communique à cette masse se transmettent assez bien au col. Cette masse ne présente pas de contractions intermittentes. On n'entend rien à l'auscultation. Le diagnostic posé, d'après tous ces renseignements, était : rétention d'urine chez une femme enceinte dont l'utérus est refoulé en haut et en avant par un kyste de l'ovaire enclavé dans le petit bassin.

Pendant cinq jours, on est obligé de sonder la malade quotidiennement, après quoi (à partir du 10 juin), elle commence à avoir quelques mictions spontanées. On décide néanmoins d'intervenir.

Intervention : la malade est opérée le 13 juin (opérateur : professeur agrégé Proust, aide : M. Bonnet). Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. On ne trouve de péritoine libre que dans la partie supérieure de l'incision, car le cul-de-sac péritonéal antérieur remonte à mi-chemin de l'ombilic. On trouve une vessie refoulée en haut par un gros fibrome — du volume

d'une tête de fœtus à terme — développé au niveau du segment inférieur de l'utérus et placé entre cet organe et la vessie. Le corps utérin est gravide, rétrofléchi, placé dans la concavité sacrée et a subi une sorte de torsion sur son axe de telle façon que la corne droite est en avant. Décortication du fibrome, qui n'est recouvert que par une mince couche de tissu utérin. Désenclavement de l'utérus basculé. La zone d'implantation au niveau du segment inférieur a un diamètre de 5 centimètres environ. Capitonnage de la poche. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites : pour éviter l'avortement, on donne à la malade deux centigrammes de morphine quotidiennement, pendant les trois premiers jours; elle a quelques coliques utérines, mais la grossesse n'est pas interrompue. Depuis l'opération, les troubles urinaires ont complètement disparu, les mouvements actifs du fœtus commencent à être perçus et la malade sort de l'hôpital le vingtième jour.

15 octobre : consultation de la Maternité de l'hôpital Tenon : tête engagée, dos à gauche, b. d. c. normaux.

22 octobre : Entre au dortoir de la Maternité.

2 novembre : à 3 heures, rupture prématurée des membranes, il s'écoule une quantité assez importante de liquide non teinté. Le col est en voie d'effacement, pas de douleurs.

3 novembre : à 6 heures, apparition des contractions utérines douloureuses. A 12 h. 30, dilatation complète, tête en MIDP. A 13 h. 35, après une heure d'expulsion, accouchement naturel après dégagement en MP, d'un garçon vivant, pesant 3.400 grammes. Délivrance naturelle et complète (510 gr.).

Suites de couches légèrement fébriles, sortie au douzième jour.

OBSERVATION XL.

Observation personnelle

M^{lle} M..., 28 ans, vierge. Réglée à 12 ans. Règles régulières, mais toujours abondantes. Depuis un an, les règles sont plus abondantes encore; elles durent de 10 à 15 jours et présentent de nombreux caillots. Aucune douleur. Pas de pollakiurie, ni diurne, ni nocturne. Le 14 août 1924, les règles de la malade commencent; le 15, dans l'après-midi, la malade se retient d'uriner,

et le soir, malgré tous ses efforts, il lui est impossible d'émettre la moindre goutte d'urine. Aucune miction dans la nuit du 15 au 16. Le 16 au matin, miction par regorgement, la malade expulsant par intermittence de petites quantités d'urine. Elle entre à l'hôpital, le 16 à 14 heures. Il existe, à ce moment, un globe vésical volumineux, remontant à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Le cathétérisme vésical est pratiqué sans difficulté et donne issue à, environ, un litre et demi d'urine claire. L'urètre est allongé, car il faut introduire 5 à 6 centimètres de la sonde pour obtenir l'écoulement d'urine. Les jours suivants, mictions spontanées. La malade étant restée couchée, les règles durent moins longtemps que d'habitude, et se terminent le 20.

Le toucher vaginal est impossible, l'hymen ne permettant pas l'introduction de l'index. Le toucher rectal permet de sentir une très grosse masse mobile, dure, régulière, remplissant presque tout le petit bassin et dont les mouvements se transmettent à une masse dure que l'on sent à mi-chemin de l'ombilic. On arrive à sentir le col qui est très élevé.

Nous opérons la malade le 23 août, aidé par le docteur Louis Bazy. Incision médiane sous-ombilicale. On ne trouve de péritoine libre qu'à mi-chemin de l'ombilic, la face antérieure de la vessie remontant jusqu'à ce niveau. Le fond de l'utérus est également très élevé. On trouve un énorme fibrome du volume des deux poings environ, développé au niveau de toute la face postérieure de l'utérus. L'utérus est augmenté de volume, les annexes sont saines, pas d'adhérence. Myomectomie, après incision verticale sur le fibrome. Exérèse d'une partie des parois de la poche, capitonnage, suture, et enfouissement complet par un surjet musculo-séreux. Sitôt après l'ablation du fibrome, la vessie a repris une situation normale. Appendicectomie. Un petit drain est placé dans le Douglas. Parois en trois plans.

Suites opératoires : Le lendemain, on retire par aspiration un peu de sang et on enlève le drain. Suites normales. La température n'a pas dépassé 38°, même les premiers jours. La malade sort guérie le 15^e jour.

Nous avons revu la malade en janvier 1925, elle est en excellente santé.

OBSERVATION XLI.

Bérard et Murard. *Lyon médical*, 1911, tome CXVII, page 538

(Résumée)

Malade de 45 ans, entrée pour des troubles menstruels accompagnés de douleurs et de dysurie. Depuis 6 mois, la malade se plaint de douleurs, de constipation opiniâtre et de troubles vésicaux; ces derniers ont pu, au début, amener un accès de rétention à la suite duquel, la malade recourut à l'emploi presque constant de la sonde; la malade se sondait jusqu'à trois fois par nuit. Pollakiurie. A l'examen, volumineuse tumeur abdominale remontant jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis; au toucher vaginal, on trouvait une grosse masse dure, qui subissait des mouvements nets mais limités lorsqu'on communiquait des mouvements à la masse abdominale.

A l'intervention on trouve un fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme qui s'implante à la face postérieure du col; ce fibrome est enclavé et inclus dans les ligaments larges. Hystérectomie totale.

OBSERVATION XLII.

Bourdon. *Bulletins de la Société anatomique*. 1871, p. 332

(Résumée)

Femme de 41 ans. Depuis quelques mois, ses règles augmentaient progressivement avec quelques hémorragies dans l'intervalle, lorsque quatre mois avant son entrée, elle présenta un retard de règles de deux mois; les règles réapparurent ensuite. Son ventre grossit de plus en plus, amaigrissement rapide, vomissements, constipation opiniâtre. La miction est profondément troublée, la malade urine 10 à 12 fois par 24 heures, puis, au moment de crises apparaissant fréquemment, « la vessie distendue par l'urine cessait de pouvoir se contracter pour ne se vider que dans les moments de calme ». A la palpation, tumeur régulière, dure, sans bosselure, remplissant toute la cavité abdominale. Au-dessus de la symphyse, se voit une saillie ovoïde qui est formée par la vessie. Le cathétérisme ne peut être effectué qu'en abaissant fortement le pavillon de la sonde, dont le bec est

poussé en haut et en avant; on retire de la vessie une grande quantité d'urine. Le vagin est profond et on ne cherche pas à atteindre le col pour ne pas faire souffrir la malade. La malade a été sondée 2 fois par jour jusqu'à sa mort; le dernier jour elle accoucha d'un fœtus de 4 mois.

Autopsie : Péritonite. On trouve un fibrome ovoïde ayant 80 centimètres de circonférence, remplissant toute la cavité abdominale; il est rattaché au fond de l'utérus par un pédicule gros comme le poing. L'utérus, gros, est couché horizontalement au niveau du détroit supérieur.

OBSERVATION XLIII.

Boursier. — *In thèse* Bouvier Obs. XVIII (résumée).

Femme de 40 ans. A 36 ans brusquement rétention d'urine; depuis cette époque, pesanteurs pelviennes, mictions fréquentes et difficiles. Examen : ventre globuleux; tumeur de consistance ferme, dure par endroit, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au toucher, le vagin distendu est rempli par une masse dure en continuité avec la tumeur abdominale; le col est remonté, on peut à peine le sentir.

A l'intervention, on trouve une volumineuse tumeur développée dans les deux ligaments larges. Les annexes entraînées sont aux pôles supérieurs aplaties contre la tumeur. Hystérectomie totale. On constate qu'il existe une déchirure de la vessie. Suture au catgut, sonde à demeure. Le huitième jour, la malade urine spontanément pendant 24 heures, mais ultérieurement, on fut obligé de la sonder à nouveau.

OBSERVATION XLIV.

Boussi. Société anatomique de Paris, 1877, page 574 (résumée)

Femme de 60 ans, entrée à l'hôpital pour rétention d'urine. Par cathétérisme, on retire un litre d'urine claire.

Au toucher, le col de l'utérus est fortement relevé. Mort par péritonite aiguë.

A l'autopsie, on trouve des lésions de pelvi-péritonite et sur la face antérieure de l'utérus, un petit orifice conduisant dans une cavité remplie de liquide légèrement coloré dans lequel flotte un fibrome calcifié de la grosseur d'un œuf de poule. Sur

la paroi antérieure à gauche du précédent, il existe un autre corps fibreux sous-péritonéal. Les uretères et les bassinets sont rouges et vivement injectés; les calices sont dilatés et couverts de mucus épais; les sommets des pyramides sont un peu effacés. La substance corticale est pâle; la surface du rein et sa capsule sont très vivement injectés.

OBSERVATION XLV

Bouvier. Observation personnelle. *In thèse*. Obs. XX
(Résumée)

Femme de 38 ans. Aucune modification des règles. Depuis 1 ans, la malade ressent des troubles urinaires qui vont en augmentant; au début c'était de la dysurie, puis de la pollakiurie, et maintenant elle a parfois de la rétention d'urine complète.

A l'examen, tumeur développée dans le sens transversal et occupant surtout la fosse iliaque gauche. Cette tumeur remonte à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Au toucher on trouve un col légèrement relevé, le cul-de-sac droit est un peu effacé; dans le cul-de-sac gauche, ainsi que dans les culs-de-sac antérieur et postérieur on sent une masse dure de consistance analogue à celle de la tumeur abdominale.

Laparatomie : on trouve un utérus repoussé à droite et flanqué sur son bord gauche d'une vaste tumeur fibreuse, sessile portant sur sa face antérieure la trompe et l'ovaire du côté correspondant. Il est impossible d'amener cette tumeur hors de la cavité abdominale. Le cul-de-sac vésico-utérin est en partie effacé. Hystérectomie totale après énucléation du fibrome. La tumeur est insérée sur le bord latéral du corps et de l'isthme de l'utérus, et est inclus dans le ligament large.

Suites normales, il persiste encore un peu de pollakiurie.

OBSERVATION XLVI.

Brin. — *Archives médicales d'Angers*. 1905. page 321. Obs. II
(Résumée)

Femme envoyée d'urgence pour des symptômes urinaires extrêmement inquiétants occasionnés par un fibrome. Depuis déjà quelques mois, la malade accusait des difficultés et des dou-

leurs dans la miction. Dans la quinzaine qui précède son entrée, les douleurs abdominales sont violentes, les difficultés de la miction extrêmes; la malade urine sans cesse, mais en faisant de grands efforts et en poussant de grands cris. A l'arrivée de la malade, elle a l'air hébété, le ventre est douloureux et défendu par une contracture musculaire intense. Le petit bassin est rempli par une masse dure; le col très court est refoulé en avant, la sonde introduite dans la vessie ramène environ 500 grammes d'urine noirâtre, extrêmement fétide. Comme il est possible que les troubles cérébraux* soient consécutifs à la rétention vésicale au moins autant qu'à la compression des uretères, on retarde l'opération de quelques jours en pratiquant des lavages vésicaux et en soumettant la malade à une cure de désintoxication. La malade est rétentioniste et doit être sondée cinq fois dans les 24 heures.

Hystérectomie susvaginale. On trouve un gros fibrome abdomino-pelvien de 7 livres, la vessie est noirâtre, épaisse et indurée comme du carton. Les urines restèrent sales pendant une vingtaine de jours et fortement purulentes pendant une quinzaine. Pendant toute cette période, la malade a éliminé de véritables lambeaux de muqueuse.

OBSERVATION XLVII.

Budin. — *Société Anatomique de Paris*, 1874, page 531.

Femme de 52 ans venue consulter pour des métrorragies. A l'examen de l'abdomen, on trouve une grosse masse globuleuse, fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic. Au toucher vaginal, on trouve une tumeur arrondie, faisant saillie dans le vagin, à travers l'orifice cervical dilaté comme la paume de la main. Cette tumeur a le volume d'une tête de fœtus au septième mois. *Aucun trouble apparent de la miction.*

On pense à la possibilité d'un kyste de l'ovaire coexistant avec un corps fibreux utérin. Ponction de la masse abdominale à l'aide d'un trocart capillaire. Ce qui ramène 1.120 grammes d'urine, bien que la malade ait uriné assez abondamment une heure auparavant.

Plusieurs fois on retira ainsi un litre d'urine par cathétérisme, bien que la malade continua à uriner spontanément.

Quelques jours après, décès par phlébite des veines utérines vérifiée à l'autopsie.

OBSERVATION XLVIII.

Caillaud. — *Société anatomique de Paris*, 1911, page 705.

Entre en état de rétention aiguë. Depuis six mois, constipation et gêne pour uriner, surtout pendant les deux à trois jours qui précèdent les règles. Aucune modification des règles.

A l'entrée, on retire 2 litres d'urine; le lendemain, 1 l. 3/4. Au toucher (vessie vide), on trouve le col petit, derrière la symphyse et à droite. En arrière de lui, on sent une grosse masse, descendant jusqu'à 3 centimètres de la fourchette. Cette masse régulière, non douloureuse, fixe, s'étend d'une branche ischio-pubienne à l'autre; elle soulève la paroi postérieure du vagin en avant et bombe dans le rectum, en arrière. Le cathétérisme vésical indique une vessie volumineuse, longue d'avant en arrière d'au moins 15 centimètres.

Il s'agit d'un fibrome, du volume d'une tête de fœtus à terme, développé au niveau de la face postérieure de la partie sus-vaginale du col. Ablation par voie vaginale. Guérison.

OBSERVATION XLIX.

Calmettes. — *In thèse Castet*. Obs. II (résumée).

Femme de 44 ans. Il y a une quinzaine d'années, pollakiurie et dysurie pendant trois mois. Depuis un an, pollakiurie et parfois rétention d'urine durant 24 heures. Mais la malade arrivait à vider sa vessie sans cathétérisme. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a présenté une rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Elle est sondée à son entrée mais après 24 heures de séjour à l'hôpital, elle recommence à uriner seule, peu à peu, goutte à goutte.

Pas de métrorragie.

Le méat est reporté en arrière et est assez difficile à atteindre. Avec un explorateur métallique, on sent le fond de la vessie à travers la paroi abdominale au niveau de l'ombilic et latéralement à trois ou quatre centimètres de celui-ci. Dans le cul-de-sac droit, on trouve par le toucher une tumeur solide du volume

d'une tête de fœtus à terme enclavée dans le petit bassin, immobile et faisant corps avec l'utérus. Le col est repoussé dans le cul-de-sac gauche tout à fait en haut, ce qui en rend l'examen difficile. Au palper abdominal, on note que la tumeur s'élève peu dans l'abdomen, on porte le diagnostic de fibrome inclus dans le ligament large. Laparotomie médiane. La vessie, très allongée, est incisée pendant l'ouverture de la paroi, mais sa cavité n'est pas ouverte. Enucléation et hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION L.

Castel. — *In thèse*. Obs. I (résumée).

Femme de 47 ans. Règles douloureuses et abondantes depuis l'âge de 25 ans. Il y a 5 ans, la malade éprouve de la dysurie et une sensation de grande répletion de la vessie, il lui semble « que sa vessie va éclater ». L'urine s'écoule goutte à goutte et est teintée de sang. La miction est très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents (plusieurs fois par heure). Au bout d'un an, douleurs de plus en plus vives. Pendant une journée entière, rétention complète. Un docteur sonde la malade et retire une grande quantité d'urine que la malade évalue à 6 litres (2). Le lendemain, nouvelle rétention. Le médecin n'ayant pas de sonde, passe dans l'urètre un thermomètre de poche. La malade urine seule sans douleurs. Au bout d'un an, nouvelle rétention, un sondage évacue la vessie et depuis lors la malade urine seule et sans difficulté. Il y a un mois, nouvelle rétention et nouveau sondage, puis tout rentre dans l'ordre.

A l'examen, l'abdomen est volumineux comme celui d'une femme enceinte de 4 mois. Le col utérin est refoulé en avant contre la symphyse pubienne. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur dure, élastique, bosselée, mobile, que l'on diagnostique fibrome de la paroi postérieure.

La malade refuse l'opération.

OBSERVATION LI.

Chardon et Chenais. — *Bulletin de Société scientifique et médicale de l'Ouest*, Rennes, 1902, page 136 (résumée).

Femme de 41 ans, entrée pour des phénomènes d'aliénation. Deux mois après son entrée, cette malade présente brusquement

de la rétention d'urine avec incontinence, car son lit était constamment mouillé. Elle était d'ailleurs gâteuse depuis longtemps. La rétention persistant, il a fallu recommencer tous les jours, non sans difficultés, le cathétérisme; quelques fois, la sonde ne passait pas facilement et souvent ne permettait pas d'avoir de l'urine, alors que la matité vésicale était nettement délimitée. En retirant la sonde, elle était parfois obstruée par des débris putréfiés. Les urines étaient filantes, glaireuses, purulentes, alcalines, répandant une odeur infecte de putréfaction. La fin de la miction était toujours troublée, par une légère émission de sang franchement rouge. Enfin, il arrivait souvent, qu'avant ou après un cathétérisme, des lambeaux de tissus sphacelés pendaient à la vulve. Un mois après le début de la rétention, on trouve un matin dans le lit de la malade, entre ses jambes, « une membrane assez épaisse putréfiée et répandant une odeur infecte de tissus mortifiés ». Cette membrane grisâtre faisait penser à un moule vésical tapissant la vessie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une fausse membrane sans structure histologique et contenant de nombreux microbes. Le toucher vaginal permit de constater un léger degré de prolapsus utérin, le col hypertrophié était rencontré très près de la vulve, il était entr'ouvert et laissait s'écouler du sang. Lavages intravésicaux. Décès, dans le marasme, 6 mois après son entrée.

A l'autopsie, on trouve un fibrome pédiculisé du volume d'une tête fœtale, offrant une évolution complètement vaginale. La tumeur est un peu latéralisée à droite. La vessie est déplacée en haut et en avant. Ces parois sont très hypertrophiées. La muqueuse est complètement noire, grâce aux injections de permanganate faites à la malade et la cavité réduite à celle d'une mandarine environ. L'uretère droit est dilaté et il existe une pyélonéphrite droite.

OBSERVATION LII.

Condamin. — *Lyon Médical*, 1893, tome LXXIV, page 407 (résumée)

M^{me} L..., 44 ans. Il y a 4 ans, présenta parfois des crises de rétention d'urine, au cours desquelles la malade n'urinait que

quelques gouttes par regorgement. Puis les mictions redevinrent normales. Nouvelles crises il y a 2 ans.

A l'entrée de la malade, le ventre est fortement distendu sur la ligne médiane, jusqu'à l'appendice xiphoïde. A l'examen, on constate l'existence d'une grande poche kystique, très fluctuante, que l'on prend d'abord pour un kyste de l'ovaire, d'autant plus qu'après introduction d'une sonde, le jet d'urine cesse après écoulement d'un litre. Depuis, on s'est rendu compte que cette poche kystique est la vessie, et que celle-ci contient 3 litres d'urine. Quand la vessie est évacuée, on sent, par le palper abdominal, une tumeur lisse, dure, un peu à droite de la ligne médiane, remontant jusqu'à l'ombilic et occupant le flanc droit.

Au toucher, on trouve une autre tumeur enclavée dans le cul-de-sac postérieur et que refoule l'utérus en avant. Les mouvements communiqués à la masse abdominale se transmettent à la masse pelvienne. L'orifice externe du col est difficilement senti.

A l'intervention, on tombe immédiatement sur la vessie qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette disposition est due à ce qu'il existe de chaque côté de la vessie, un repli péritonéal qui, lui aussi, remonte à peu près jusqu'à l'ombilic. Pour aborder la partie pelvienne du fibrome, on sectionne de chaque côté de la vessie, le repli péritonéal dont on fait l'hémostase immédiatement. L'utérus est fibromateux jusqu'au niveau du col. Hystérectomie. Guérison.

Suites : pollakiurie pendant les huit premiers jours, puis mictions normales.

OBSERVATION LIII.

Dubourdieu. — *In thèse* Castet. Obs. III (résumée).

Femme de 41 ans. Entrée pour une tumeur abdominale. Il y a un an, la malade présenta de la rétention d'urine et fut sondée pendant quatre jours. Règles irrégulières et douloureuses depuis quelques mois.

A la palpation, tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic. Au toucher vaginal, grosse saillie de la tumeur; impossible de toucher le col.

A l'intervention, on trouve un volumineux fibrome, ayant

dédouble les feuillets du ligament large. Corps de l'utérus en haut et à gauche de la tumeur.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION LIV.

Galabin. — *Transactions of the Obstetrics Society of London*,
Obs. I (résumée).

In thèse Legal Lassalle. Obs. XVIII.

27 ans. Un enfant il y a treize mois. Deux mois et demi après, grossesse. Pendant la grossesse, elle souffre de rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Avortement à 4 mois $\frac{1}{2}$. La tumeur qui remplit le pelvis est découverte à cette occasion.

Pas de métrorragies.

La tumeur s'élève jusqu'à l'ombilic et descend derrière le col vers le périnée.

Hystérectomie totale.

La tumeur pèse trois livres 6 onces et est développée dans la paroi postérieure du col.

OBSERVATION LV.

Galabin. — *Transactions of the obstetrics Society of London*,
Obs. II (résumée)

In thèse Legal Lassalle. Obs. XIX.

44 ans. Un enfant 22 ans auparavant.

Règles irrégulières, moins fréquentes que normalement. Depuis cinq mois elle souffre du côté gauche du ventre. Il y a quatre mois qu'elle a remarqué la présence de sa tumeur.

Depuis quatre mois, la miction devient difficile et dans ces deux dernières semaines, elle a eu une rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme.

La tumeur a le volume d'un utérus de cinq mois développée dans la paroi postérieure du col.

OBSERVATION LVI.

Galabin. — *Transaction of the obstetrics Society of London.*

Observation III (résumée)

In thèse Legal-Lassalle. — Obs. XX

55 ans, 4 enfants, le dernier il y a vingt-quatre ans, ménopause il y a deux ans.

De 45 à 53 ans, règles très prolongées, séparées par de courts intervalles, l'augmentation de volume du ventre est remarquée à 45 ans.

Au cours des deux dernières années, difficulté croissante de la miction. Des crises de rétention surviennent qui nécessitent le cathétérisme, et déterminant de la cystite et de vives douleurs.

Hystérectomie abdominale totale. Tumeur de 1 livre 15 onces développée dans la paroi postérieure du col.

OBSERVATION LVII.

Gary. — Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier. Séance du 21 décembre 1892. (résumée.)

In thèse Bouvier. Obs. XXXIII.

Femme de 45 ans. Règles régulières. Il y a deux ans pollakiurie, avec rétention d'urine complète à plusieurs reprises. A l'examen, on trouve une tumeur remplissant toute la région hypogastrique et plongeant dans le petit bassin.

Au toucher, il est impossible de sentir le col. Le fond du vagin est rempli par une masse arrondie, dure qui fait une forte saillie dans le rectum.

A l'intervention, on trouve une tumeur qui tient par un gros pédicule à toute la face postérieure de l'utérus ainsi qu'à sa face latérale droite.

Myomectomie. Guérison.

OBSERVATION LVIII.

Hidd. *Journ. de soc. méd.* Dublin, 1872, *in thèse* Minvielle
Obs. IX (Résumée).

Femme de 45 ans. Pendant les 5 derniers mois, avait présenté

5 crises de rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. A l'examen, on trouve une tumeur fibreuse émanée de la face postérieure de l'utérus et siégeant dans la concavité du sacrum, refoulant la matrice contre le col de la vessie. La tumeur se trouvait fixée dans cette position. Je tentai de la mobiliser à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin. A cette fin, je plaçai la femme sur les genoux et sur les coudes; mais sans provoquer aucun déplacement. J'introduis dans le rectum un sac de caoutchouc de Barnes, puis je poussai de l'eau dans cette poche au moyen d'une seringue. La tumeur s'éleva graduellement au-dessus du détroit supérieur. Je retirai le sac et plaçai dans le vagin un pessaire de Hodge. J'ai revu cette femme un an après, la tumeur est restée au-dessus de l'excavation pelvienne et la malade n'a plus éprouvé de difficulté à uriner.

OBSERVATION LIX.

Jacobs. — *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*. 1889, tome X, page 249. (Résumée.)

In thèse Bouvier. Obs. XLIII.

Femme de 38 ans, venant consulter parce que depuis quatre jours elle urine trente à quarante fois par heure quelques gouttes d'urine, pas de règles depuis quatre mois. La palpation du ventre décèle la présence de deux tumeurs nettement séparées. L'une, du volume d'un utérus de trois et demi environ de grossesse et située dans la partie extrême gauche du grand bassin, écrasée contre le détroit supérieur, la paroi abdominale et l'autre tumeur; celle-ci, d'un volume énorme remplit l'abdomen dans ses parties médianes et droites et dépasse l'ombilic. Immédiatement au-dessus du pubis, une troisième tumeur globuleuse, fluctuante et médiane, ne peut être que la vessie démesurément développée.

Au toucher : col gros, ramolli et très haut placé. Le cathétérisme ramène trois litres d'urine. A l'intervention, on trouve un utérus gravide, avec un gros fibrome à développement en partie intraligamentaire et qui était implanté sur la face latérale droite de l'utérus.

Hystérectomie totale.

Guérison.

OBSERVATION LX.

M^{lle} Kagan. — *In thèse obs. VI. (Résumée.)*

Femme de 35 ans, venant consulter pour une difficulté considérable de la miction allant parfois jusqu'à l'impossibilité absolue d'uriner. Depuis huit mois la malade a présenté trois crises de rétention complète. Les deux premières se sont terminées spontanément, la malade ayant pu uriner au bout de huit à dix heures. La dernière crise, survenue il y a quatre jours a exigé l'intervention du médecin qui a dû pratiquer des sondages pendant quarante-huit heures. A l'examen de la malade l'urètre laisse passer une boule exploratrice n° 22. Le docteur Marion décide de pratiquer un examen cystoscopique. L'introduction ne présente aucune difficulté, mais lorsque le cystoscope est dans la vessie, il est impossible de placer son extrémité externe sur la ligne médiane. Il est dévié fortement du côté droit, ce qui suppose qu'il existe dans la vessie une masse située à gauche refoulant l'extrémité externe à droite. La vision confirme le fait : en bas, à droite, en haut la vessie apparaît saine, mais aussitôt qu'on a tourné le prisme à gauche, on aperçoit qu'il existe une saillie recouverte de muqueuse vésicale saine. Si l'on tourne le prisme en bas et à gauche, il est impossible de voir quoi que ce soit, la saillie venant s'appliquer sur le prisme.

Au toucher, le col est fortement repoussé contre la symphyse pubienne par une masse du volume du poing, lisse, dure, située dans le cul-de-sac postérieur; d'autre part, une masse de volume moindre mais également dure faisant corps avec le col utérin se trouvait placée à gauche de lui, et c'était elle, sans doute, qui soulevait la paroi vésicale et déterminait des phénomènes de compression. Les difficultés de la miction n'étaient pas plus considérables au moment des règles.

La malade est opérée par le docteur Marion, la vessie remonte derrière la paroi abdominale et la refoulait. Le décollement de la vessie est laborieux et il faut, pour dépasser les limites de la partie inférieure du fibrome, aller très bas. La paroi vésicale est étalée par ce fibrome qui, en raison de sa situation basse, devait arriver certainement jusqu'à l'urètre qu'il comprimait. Hystérectomie subtotale.

Fibrome du corps du volume d'une tête de fœtus et fibrome

de la partie postéro-latérale gauche de la portion inférieure du col. Suites simples. Les troubles de la miction disparaissent le jour même de l'opération.

OBSERVATION LXI.

Keller. — Enclavement intermittent des tumeurs pelviennes.

La Gynécologie. 1923, page 412. Obs. III. (Résumée.)

43 ans. Règles régulières. Dernières règles, mi-janvier, elles réapparaissent le 12 mars pendant huit jours; pendant ce temps difficultés de la miction de sorte que la malade a dû être sondée à plusieurs reprises. Au palper abdominal, on trouve une tumeur lisse, dure, un peu douloureuse. Le col est refoulé en avant vers la symphyse. Dans le Douglas, tumeur donnant la sensation kystique et en rapport direct avec la tumeur abdominale. Dans les jours qui suivent, la masse sentie dans le Douglas est moins douloureuse. Fin mai, nouvelle difficulté pour la défécation et la miction. La tumeur du Douglas bombe à nouveau fortement et est redevenue douloureuse. Les phénomènes disparaissent après quelques jours. Fin juin, rétention d'urine et cathétérismes à plusieurs reprises.

A l'intervention, fibrome de la face postérieure de l'utérus du volume d'une tête d'enfant. Hystérectomie subtotal. Guérison.

OBSERVATION LXII.

Le Filliatre. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1913. Page 434.

(Résumée.)

Femme de 42 ans, métrorragies abondantes. Depuis 6 ans, la malade présente de la pollakiurie, puis elle s'aperçoit, il y a trois ans, que, par moment, elle conserve difficilement ses urines, et qu'au moindre effort elle mouille sa chemise. Enfin depuis deux ans; elle urine sous elle et est obligée de se garnir dans la station debout ou couchée. Œdème des membres inférieurs. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine. Au palper abdominal, tumeur irrégulière remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au

toucher vaginal et rectal, tout le petit bassin, est envahi et l'on sent difficilement le col remonté en arrière du pubis.

Hystérectomie abdominale totale en pratiquant une incision de 24 centimètres sur la ligne médiane allant de l'appendice xyphoïde au pubis. La vessie remontait jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic, attirée à ce niveau par la tumeur à laquelle elle adhérerait fortement. Après l'hystérectomie, la vessie énorme, flasque et saignant facilement fut plissée sur toute la partie adhérente au fibrome, pour en réduire le volume; elle est finalement fixée en arrière de la péritonisation.

Suites simples. La tumeur pesait 17 livres.

OBSERVATION LXIII.

Legal Lassalle. — *In thèse*. Obs. LXVII (résumée).

Femme de 47 ans, entrée pour de la rétention d'urine et une constipation opiniâtre. Il y a six mois, douleurs localisées dans le bas-ventre; la malade de plus en plus gênée pour uriner doit être sondée chaque matin. La constipation devient de plus en plus opiniâtre. Ces troubles de compression cessent brusquement pendant un mois puis reviennent douze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'examen, on sent la vessie dilatée qui atteint l'ombilic. La vessie sondée, on pratique le toucher. Le col, dilaté, est situé à 3 centimètres environ de l'orifice vulvaire. Il semble très volumineux, aplatisant le rectum. La main abdominale sent une tumeur remontant à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. En la mobilisant on transmet au doigt vaginal de légers mouvements, mais ces mouvements sont restreints.

On fait le diagnostic du fibrome enclavé dans le petit bassin peu mobile, et appartenant à la lèvre postérieure du col et exerçant des compressions sur la vessie et le rectum.

Opérée par le professeur Quènu. Laparotomie, hystérectomie totale.

Tumeur nettement développée aux dépens du col, lèvre postérieure du volume d'une tête d'enfant ayant porté l'utérus de volume normal, en haut et en avant d'elle.

Ablation en deux temps :

1° Énucléation du fibrome;

2° Ablation de l'utérus. Suites normales.

OBSERVATION LXIV.

Legal Lassalle. — *In thèse*. Obs. LXIX (résumée).

Femme de 45 ans, entrée pour des troubles urinaires datant de quelques semaines; pendant tout ce temps, pollakiurie, douleurs à la miction et, d'après la malade, urines troubles.

Il y a un mois rétention d'urine. Pas de métrorragies.

A l'examen : la palpation permet de sentir au-dessus du pubis une tumeur arrondie et dure, bosselée, très mobile, remontant à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse.

Au toucher : le doigt pénètre dans le col qui est très dilaté et s'enfonce jusqu'à l'isthme. La lèvre antérieure est très petite, réduite à un liseré, et reportée très en avant ainsi que le cul-de-sac antérieur, la lèvre postérieure est conservée.

A travers la paroi du cul-de-sac postérieur, on sent une masse volumineuse, située en arrière du col utérin et semblant rétro-utérine.

Dans la plus grande partie de son étendue, elle semble indépendante de l'utérus. Cependant, dans la base du ligament large, il semble qu'elle soit adhérente à la face postérieure du col.

Toute cette masse est enclavée dans la concavité sacrée. On ne peut la refouler en haut. Elle est très peu mobile.

Opération par le professeur Quenu. Volumineux fibrome du col. On commence par énucléer la tumeur, puis on fait une hystérectomie totale.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION LXV.

Legal Lassalle. — *In thèse*. Obs. LXXI (résumée).

Femme de 43 ans. Règles abondantes depuis 3 ans. Il y a trois mois, à 4 heures du matin, la malade ressent un violent besoin d'uriner. Elle ne peut le satisfaire qu'à 8 heures du soir après avoir beaucoup souffert.

Il y a un mois, nouvelle crise, pour laquelle on dut la sonder. Dernière crise il y a 15 jours à la fin de laquelle la malade finit par uriner normalement. Au toucher, on trouve un col normal, un utérus assez mobile, et une grosse masse faisant corps avec lui et mobile avec lui. Cette masse siège en arrière et refoule en avant le corps utérin.

Opérée par le Professeur Quenu. Gros utérus avec fibrome siégeant en arrière au niveau du col utérin. On doit le morceler pour l'enlever. Ablation de l'utérus et des annexes.

Guérison.

OBSERVATION LXVI.

Legueu. — *Journal d'Urologie*, 1912, page 33 (résumé).

Femme de 41 ans, envoyée pour une volumineuse tumeur abdominale. Toujours bien réglée. La malade s'est aperçue, il y a 4 ou 5 ans, que son ventre augmentait de volume surtout depuis deux ans. Elle se plaint en outre d'uriner souvent et la fréquence de ses mictions augmente avec les années. Actuellement elle urine 7 et 8 fois dans la journée, deux fois la nuit, mais depuis un an environ, une grande difficulté de miction s'est jointe à la fréquence. La malade a de la peine à uriner, elle est obligée de faire effort, et à certains moments même, c'est à peine si elle peut émettre quelques gouttes, bien qu'elle ait un besoin très vif d'uriner. Elle urine environ un litre et demi par jour. Malade pâle. Le ventre est énorme et pointé en avant même dans la position couchée. Au palper, on sent une tumeur ferme, dure qui remplit toute la zone sous-ombilicale et remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, au niveau de la ligne médiane, on sent la vessie légèrement distendue. Au toucher vaginal, le doigt rencontre la tumeur à quelques centimètres de la vulve, elle semble émergée de la partie postérieure du vagin dont le cul-de-sac postérieur n'existe plus. Cette tumeur remplit la cavité pelvienne, il est impossible d'arriver à sentir le col, le cathétérisme est impossible, car on ne trouve plus d'urètre, celui-ci étant remonté dans la paroi antérieure du vagin.

L'examen des urines donnait :

Quantité : 1 litre.

Phosphate : 1 gr. 21 (par litre).

Urée : 10 grammes.

Chlorure : 2 grammes.

A l'intervention, on trouve un cul-de-sac péritonéal antérieur remonté à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic; la vessie très haute, couvre le devant de la tumeur. La tumeur est formée par un volumineux fibrome (7 kgr.) du segment postérieur du col utérin, occupant toute la cavité pelvienne. L'utérus est soulevé et forme un lobe qui était perceptible à droite et au-dessus de l'ombilic. Hystérectomie totale. Après décollement prudent de la vessie.

Guérison. Les mictions reprirent naturellement dès le premier jour. Au départ les urines étaient claires, l'analyse donnait :

Quantité : 2 l. 750.

Chlorure : 2 grammes par litre (7 gr. 70 par 24 heures).

Phosphate : 1 gramme par litre (3 gr. 25 par 24 heures).

Urée : 7 gr. 80 par litre (21 gr. 25 par 24 heures).

Traces d'albumine.

OBSERVATION LXVII.

Lejars. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique,
de Gynécologie et de Pédiatrie, 1906.*

Obs. XXIX, page 142 (légèrement résumée).

Femme de 42 ans, venue consulter parce qu'elle éprouvait des douleurs abdominales vives; que son ventre avait considérablement grossi et qu'une incontinence continue d'urine s'était produite; de temps en temps un peu de sang était mélangé à l'urine. Au palper de l'abdomen, on constata une tumeur irrégulière, non mobilisable, qui remontait jusqu'à l'ombilic; cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale, elle semblait faire corps avec elle surtout dans la zone de Retzius, qu'elle distendait et soulevait en relief; au toucher, on retrouvait au-devant du col son pôle inférieur et l'absence de mobilité se

confirmait en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait une tumeur moins dure qui semblait être le corps utérin.

Intervention : l'incision pratiquée, j'ouvris le péritoine très haut, non loin de l'ombilic, et je prolongeais prudemment la section de haut en bas; je découvris en effet une masse énorme qui émergeait du bassin, et remplissait toute sa moitié antérieure et au-devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée; en arrière de cette masse, on trouvait l'utérus, lui-même volumineux et refoulé en arrière. J'incisai le feuillet séreux pré-utérin, un peu au-dessus du cul-de-sac supérieur de la vessie et je le décollai peu à peu en le rabattant comme une vaste poche vide sur le pubis; la tumeur sous-jacente était étendue d'un côté à l'autre du bassin, descendait tout au fond de la cavité pelvienne et ne semblait nullement mobilisable; pourtant je commençais à la libérer un peu à la compresse suivant lentement sa face antérieure, descendant peu à peu, et poursuivant sur les côtés le travail de dissection; je parvins enfin à atteindre la limite inférieure de la masse, elle se laissa un peu relever, suffisamment pour que les ligaments larges ayant été pincés et sectionnés, le vagin pût être incisé transversalement et en avant et peu à peu sectionné. Il restait, après cette hystérectomie totale une très large cavité cruantée, le vagin fut fermé, les ligaments larges péritonisés et la cavité fut rétrécie autant que possible par la suture du péritoine voisin et finalement marsupialisée : un gros drain y fut laissé.

Il s'agissait d'un très volumineux fibrome diffus de la face antérieure du col qui s'était développé sous le péritoine en refoulant et comprimant la vessie, et en se prolongeant derrière la paroi abdominale; il était gros comme les deux poings. Dans les suites opératoires, il y eut de la rétention partielle pendant quelques jours, mais peu à peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement. Guérison.

OBSERVATION. LXVIII.

Madon et Guibal. — Rétention d'urine par fibromes utérins à symptomatologie atypique. Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 janvier 1924. — *Analyse in Gynécologie et Obstétrique*, 1924, tome IX, page 311.

Femme de 41 ans souffrant depuis quelque temps de douleurs abdominales et n'ayant jamais présenté ni ménorragies, ni métrorragies. Brusquement apparaissent des phénomènes de rétention d'urine nécessitant l'évacuation de la vessie à la sonde. Dirigée par son médecin sur la clinique des voies urinaires, où le diagnostic de fibrome est porté, cette femme est immédiatement envoyée dans le service de gynécologie.

Hystérectomie sub-totale.

Diagnostic opératoire; volumineux fibrome de la paroi postérieure de l'utérus entraînant, par la bascule en arrière de cet organe, la compression de l'urètre par le col. Il existe en outre un gros fibrome pédiculé intra-cavitaire.

OBSERVATION, LXIX.

Metzger. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique
et de Gynécologie de Paris*, 1923, page 465.

Sage-femme soignée depuis quelques mois pour de la « cystite ». De temps à autre, elle était prise de rétention d'urine qui l'obligeait à aller se faire sonder par une de ses collègues, quelquefois en pleine nuit, car ses crises étaient extrêmement douloureuses par le besoin d'uriner sans possibilité de mictions. Cette personne très réglée habituellement n'avait aucun autre trouble. A l'examen, je trouvai le col reporté en haut et en avant au-dessus du pubis et regardant en bas; le Douglas était occupé par une tumeur dure, régulière du volume d'un tête de fœtus à terme, absolument fixée, immobile, non douloureuse.

Il était facile de reconnaître qu'il y avait un fibrome enclavé de la face postérieure de l'utérus, maintenu en rétroflexion irréductible. Pas de troubles de la défécation; le cathétérisme vésical que j'ai pratiqué fut très facile. J'ai opéré cette malade par hystérectomie sub-totale, il n'y avait pas d'adhérences. Les suites furent simples, les troubles vésicaux ont disparu aussitôt. Actuellement, l'intervention remonte à peu près à deux ans et tout va bien.

OBSERVATION LXX.

Michon. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1888, page 825, (résumée)

Femme de 56 ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker pour des accidents de rétention d'urine. Ménopause depuis trois ans. Depuis deux mois, la malade a, de façon permanente, des besoins extrêmement fréquents d'uriner (15 à 20 fois par 24 heures, aussi bien le jour que la nuit) chaque fois elle ne rend qu'une petite quantité d'urine et au prix d'efforts considérables, mais sans douleurs vives.

A l'examen, urètre souple, laissant passer un explorateur n° 23. La vessie, même immédiatement après les mictions, contient une grande quantité d'urine absolument limpide. L'examen endoscopique est facile à pratiquer avec 200 grammes de liquide; la muqueuse a sa coloration et sa vascularisation normales, les orifices urétéraux ne sont pas dilatés. Sur la face postérieure de la vessie, en arrière des urètres et surtout à gauche de la ligne médiane, il existe une tumeur régulière recouverte par une muqueuse normale et trop volumineuse pour être saisie toute entière dans le champ du cystoscope.

Au toucher, utérus petit et en avant de lui et à gauche, on trouve une tumeur de volume du poing, régulière, dure, mobile, et dont les mouvements ne se transmettent pas au col.

A l'intervention, fibrome calcifié du volume du poing, situé en avant de l'utérus et réuni à lui par un pédicule. Le corps utérin est atrophié et se continue peu à peu avec le pédicule. Myomectomie. Guérison. Treize mois après la malade est revue : les mictions sont normales, la vessie se vide complètement.

OBSERVATION LXXI

Minvielle. — *in thèse*, (personnelle).

Obs. XXXIII, (légèrement résumée).

Femme de 49 ans. En février 1909 n'a pas vu ses règles et depuis, la marche et les stations debout provoquent des besoins fréquents d'uriner; ce besoin est impérieux et irrésistible, elle doit le satisfaire jusqu'à six fois par heure. Quand elle est assise,

elle passe facilement une heure sans uriner. La nuit, elle se lève 10 à 12 fois. Les urines sont claires et limpides.

En mai, ses règles sont revenues, pas plus abondantes que par le passé, elles ont duré 4 jours. Elles ont été précédées de pertes blanches légères; mais elles s'accompagnaient de douleurs très violentes que la malade compare aux douleurs de l'enfantement.

Avec les règles disparaissent les douleurs, la pollakiurie seule persiste. En août survient de la difficulté à uriner. Au cours de la miction, la malade éprouve dans tout le canal une sensation de brûlure. La pollakiurie devient intense. La malade prend des pilules de thérébentine et boit abondamment; au bout de 24 heures, les douleurs disparaissent.

Le 1^{er} novembre, la malade ressent un besoin pressant d'uriner; à peine avait-elle expulsé quelques gouttes que la miction s'arrête, et malgré tous ses efforts elle n'a pas pu réussir à vider sa vessie. Le 2, elle voit un médecin qui lui ordonne de boire plusieurs litres de tisanes de chiendent, cette médication ne fait qu'accroître ses douleurs.

Le 3 novembre, elle se présente à la consultation du service de M. le Professeur Albarran, n'ayant pas uriné depuis 48 heures.

Le ventre est globuleux, très nettement bilobé, un sillon médian sépare les deux lobes qui remontent jusqu'à l'ombilic. La palpation confirme les résultats de l'inspection; elle nous permet, en outre, de sentir, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, mamelonnée. Dans la fosse iliaque gauche, on a la sensation d'une poche liquide distendue qui n'est pas autre chose que la vessie. Par le cathétérisme, on retire, en effet, 1 litre et demi d'urine; on voit la tuméfaction vésicale s'affaïsser, bien qu'on ait laissé encore une certaine quantité de liquide dans la vessie.

Par les touchers, on constate que les culs-de-sac vaginaux ont disparu, envahis par la tumeur, qui bombe dans le vagin; le col effacé, mais dilaté, est porté en avant et en haut contre la symphise pubienne contre laquelle il vient comprimer le col vésical. On fait le diagnostic de rétention d'urine par compression d'un fibrome utérin.

Le soir même, la malade entre à l'hôpital; elle est sondée vers 7 heures du soir; on retire 500 grammes d'urine. Vers 10 heures, la malade urine seule; au moindre mouvement, elle éprouve le

besoin de vider sa vessie; le début de la miction est pénible, elle est obligée de pousser.

Dans la nuit, du 4 au 5, la malade a uriné 10 fois; le 5 à 6 heures du matin, la miction est très douloureuse, vive sensation de brûlure le long du canal. A 10 heures, la malade demande à être sondée. Ses urines sont troubles et déposent abondamment au fond du bocal. Dans la journée, la malade est sondée plusieurs fois, car elle éprouve de très fréquents besoins d'uriner.

Le 6, la malade voit venir ses règles, moins abondantes que par le passé. La malade ne peut uriner seule.

Le 8, les urines sont moins troubles, la sonde devient inutile et les douleurs s'atténuent, la pollakiurie, toutefois, persiste.

Le 9, on pratique la cystoscopie. L'urètre est comprimé, on éprouve quelque peine à introduire le cystoscope qui se trouve dévié de gauche à droite, d'arrière en avant, et de bas en haut, traduisant ainsi le déplacement de l'urètre. La paroi postérieure de la vessie est déformée et fait une saillie dans la cavité vésicale; la paroi latérale droite est déjetée à gauche. Il a été impossible de trouver les uretères. La congestion vésicale n'est pas très marquée.

Le 10, la malade est opérée par M. Marion. La vessie, qui remontait au-dessus du pubis, fut évitée grâce à une incision haute du péritoine. La tumeur, qui remplissait le petit bassin, fut facilement mobilisée, la vessie disparut alors dans le pelvis et on ne la vit plus au cours de l'opération. On pratiqua l'hystérectomie totale qui ne présenta rien de particulier.

La tumeur grosse comme deux poings d'adulte s'était formée dans la portion sous-isthmique de l'utérus avec développement antéro-latéral droit.

Le soir de l'opération, la malade urinait seule; l'urine, environ un litre, était trouble et rougeâtre. Depuis, la malade a toujours bien uriné et sans douleur. La fièvre a duré quelques jours. Les suites opératoires ont été bonnes et le 5 décembre, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION LXXII.

Minvielle. — *In thèse*. Obs. XXXIV (personnelle) (résumée).

Femme de 41 ans. Depuis 3 mois, règles abondantes. Il y a

un mois, par hasard, la malade s'aperçoit qu'elle a dans le ventre une tumeur grosse et dure; mais comme elle n'en souffre pas elle ne consulte pas de médecin. Le 11 janvier, époque de ses règles, les mictions sont douloureuses et le 13, la malade présente une rétention complète d'urine. La malade doit être sondée tous les jours, jusqu'au moment de l'opération qui est faite quatre jours après. Les urines sont claires.

Au toucher vaginal, on ne trouve pas facilement le col qui est déjeté en avant contre la symphise, et dévié latéralement à droite. Dans les culs-de-sac, postérieur et latéral gauche, il existe une tumeur dure et mobilisable. L'orifice urétral est prolabé et douloureux. Le 17, M. Marion pratique une hystérectomie sub-totale qui est faite sans difficultés. Sur la paroi postérieure de l'utérus et dans la région moyenne on voit une tumeur fibreuse du volume d'une mandarine. Dans la portion sous-isthmique de cette même paroi siège une masse fibreuse grosse comme une orange; on voit en outre quatre ou cinq noyaux fibreux du volume d'une noisette. Mictions spontanées dès le soir, accompagnées de douleurs qui disparaissent progressivement.

OBSERVATION LXXIII.

M. Monod. — *In thèse* Castet. Obs XII.

Femme de 44 ans, présentant un fibrome interstitiel de l'utérus du volume d'une grossesse de trois environ. Ce fibrome qui n'a entraîné à aucun moment le moindre accident, ni hémorragique, ni douloureux, s'est révélé pour la première fois par une rétention d'urine, survenue brusquement à la suite d'une fatigue et ayant nécessité le cathétérisme. Le même accident s'est reproduit à plusieurs reprises et à des intervalles très variables. Il semble que la fatigue ait toujours joué un rôle comme cause occasionnelle. Les troubles urinaires paraissent indépendants des époques menstruelles. Ils ont toujours cédé rapidement au cathétérisme qui a été le plus souvent unique.

OBSERVATION LXXIV.

Morris. — *British Medical Journal*, 1886. *In thèse* Minvielle. Obs. XX.

Femme entrée à l'hôpital pour une rétention complète d'urine,

n'ayant pas uriné depuis 19 heures. Par le cathétérisme, on retira 3 litres d'urine. La vessie paraissait distendue et formait un ovoïde, bombant sur le côté droit de la ligne médiane et s'inclinant très obliquement en dehors et en haut. Dans la fosse iliaque gauche, on éprouvait une grande résistance, complètement distincte de la tumeur abdominale formée par la vessie et donnant l'impression d'une tumeur kystique. Il fallut, pour vider la vessie, employer un long cathéter qu'on introduisit profondément. L'examen vaginal est difficile en raison de la présence de l'hymen; l'utérus est attiré en haut et sur le côté gauche, à tel point qu'on pouvait atteindre le col. La malade n'est pas opérée et meurt de péritonite.

A l'autopsie, on constate que le point de départ de la péritonite paraît être l'ovaire gauche. La vessie était refoulée en haut vers la fosse iliaque droite. Les parois étaient hypertrophiées et sous la muqueuse, on voyait des infiltrations sanguines, mais aucune trace de cystite. La tumeur était dans l'épaisseur de la paroi utérine droite. Elle avait tous les caractères d'une tumeur fibreuse.

OBSERVATION LXXV.

Papin. — *In thèse Minvielle. Obs. XXXII* (résumée).

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle présente une volumineuse tumeur abdominale et parce qu'elle a de la peine à uriner. Toujours bien réglée. Quinze mois avant son entrée la malade reconnaît la présence d'une tumeur abdominale, dure; en même temps, douleurs pelviennes intermittentes, surtout au moment des règles qui durent une dizaine de jours. Depuis ce moment, la malade a des mictions fréquentes le jour et la nuit, mais non douloureuses. La malade est maigre, et on aperçoit la tumeur à la simple inspection. Au toucher, on constate la présence dans le cul-de-sac postérieur, d'une grosse masse arrondie qui est séparée du col de l'utérus par un sillon très marqué. La tumeur ainsi enclavée refoule le col tout contre la symphise et il faut aller le chercher très haut avec l'index.

Avec le palper bi-manuel, on constate que la masse vaginale

et la tumeur hypogastrique qui remonte presque jusqu'à l'ombilic ne font qu'un et sont mobilisables en même temps, mais seulement très légèrement. La surface parfaitement lisse, la pression n'est pas douloureuse. On sent pourtant une petite masse sensible à travers la paroi abdominale, en avant et à gauche, qui paraît être l'ovaire du côté gauche. Le diagnostic porté est celui de fibrome de l'utérus, de la paroi postérieure.

On pratique alors la cystoscopie. Malgré la fréquence des mictions, on voit que la capacité vésicale est supérieure à la normale, 450 centimètres cubes, environ. La malade doit uriner par regorgement.

L'introduction du cystoscope est difficile et il faut abaisser très fortement le pavillon de l'instrument entre les cuisses de la malade, presque verticalement. On voit alors se dessiner sur la surface abdominale une large zone éclairée par transparence et remontant presque jusqu'au sommet de la tumeur, c'est la vessie aplatie au-devant de l'utérus et fortement tirée en haut. Au cystoscope, on ne peut voir qu'une surface rouge, et des parois vésicales séparées seulement par une mince lame de liquide. Il est absolument impossible de reconnaître les orifices urétéraux. Cet examen cystoscopique permet de compléter le diagnostic. Il s'agit d'un fibrome de la face postérieure de l'utérus en rétroversion dans le cul-de-sac de Douglas, qui a entraîné la vessie et qui refoule le col en avant en comprimant fortement l'urètre contre la symphyse du pubis.

Hystérectomie abdominale. La masse a le volume d'une grosse tête d'enfant, elle est refoulée en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, mais sans adhérences.

Il faut inciser le péritoine très haut devant l'utérus, à cause de la vessie. C'est le seul temps difficile de l'opération qui se termine simplement.

Suites normales.

Cinq semaines après on pratique la cystoscopie. Le cystoscope pénètre facilement et montre une paroi vésicale, sale et desquamée; on voit une saillie centrale et de chaque côté deux culs-de-sac sombres. Les deux urétéres sont visibles sur le flanc de ce monticule : l'un à droite, l'autre à gauche.

OBSERVATION LXXVI.

Pozzi. — La myomectomie abdominale.
Presse Médicale, 1908, page 849. Obs. V (résumée)

Femme de 46 ans. Règles irrégulières depuis 6 mois. Le 1^{er} octobre, la malade ayant ses règles présente de la rétention d'urine, la malade est sondée par un praticien, qui constate l'existence d'une tumeur abdominale non soupçonnée jusque-là. Depuis ce jour, il a fallu la sonder matin et soir. A l'examen, on trouve un col repoussé contre la symphyse par une tumeur pelvienne emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux et dépassant le détroit supérieur. Le 11 octobre, la sonde ramène de l'urine teintée de sang. L'opération montre qu'il s'agit d'un gros fibrome enclavé dans le petit bassin et implanté à la face postérieure de l'utérus, au niveau de sa portion isthmique; le corps utérin se trouve refoulé en avant contre la symphyse et la vessie est à son tour reportée en avant et en haut, étalée sous la paroi abdominale à sa partie inférieure. Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION LXXVII.

Pozzi. — *In thèse*. Minvielle. Obs. XXXI (résumée)

Femme de 42 ans. Depuis une dizaine d'années, les règles sont plus abondantes. Souvent après les règles survenait une rétention d'urine passagère, disparaissant par le repos. A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une tête fœtale surmontant le col de l'utérus et dépassant le détroit supérieur surtout à gauche.

Après laparotomie, on constate qu'il s'agit d'un fibrome développé dans l'épaisseur du ligament large gauche, mais qu'au niveau de son pédicule ligamentaire, il s'est coudé de gauche à droite, en avant de l'utérus, ce qui avait fait porter le diagnostic de fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION LXXVIII.

Rabère. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1911, page 812
(résumée)

Malade de 35 ans, venue pour des crises de rétention d'urine
Hystérectomie abdominale totale.

Tumeur grosse comme un poing volumineux, développée aux dépens de la portion latérale gauche du col; le corps utérin surmonte la tumeur du côté droit. Le siège de ce fibrome inclus et immobilisé dans le petit bassin, développé entre les deux feuillets du ligament large explique les troubles urinaires présentés par la malade.

OBSERVATION LXXIX.

Reverdin. *Annales génito-urinaires* 1886, in thèse Minvielle.

Obs. XIX. (Résumée)

Femme de 42 ans. Réglée de façon régulière. Depuis quelques mois, a présenté plusieurs crises de rétention d'urine.

Au toucher vaginal, on constate que la cavité pelvienne est remplie par une tumeur bosselée, dure, peu mobile. Le col est collé contre la vessie, créant un obstacle mécanique au cours de l'urine. L'utérus est en antéverson et la masse est développée à la face postérieure de l'utérus.

La vessie remontant très haut faillit être ouverte au moment de l'incision abdominale. Hystérectomie subtotale.

Mort par hémorragie.

OBSERVATION LXXX.

Rondot. *Bulletin de la Société Anatomique*. 1875, page 273.

(Résumée.)

Femme de 48 ans, entrée pour une rétention d'urine qui remonte à 4 jours : son médecin n'a pu la sonder à cause de la difficulté du cathétérisme et de la douleur qu'il causait. La malade urine après son arrivée. On sent une induration manifeste au-dessus du pubis ainsi que dans la fosse iliaque droite. Ventre douloureux et ballonné. Menstruations régulières jusqu'à la ménopause (44 ans). Aucun symptôme fonctionnel de fibrome.

Toucher : col très haut, douloureux, non dévié.

Le cathétérisme est difficile, douloureux et ramène un verre d'urine; une sonde d'homme introduite dans l'urètre s'enfonce très loin et disparaît presque complètement.

Oedème des membres inférieurs, pas d'albumine. Quinze jours après son entrée, phénomènes péritonéaux et mort.

Autopsie : Lésions de péritonite. Un corps fibreux du volume du poing est développé sur la face antérieure de l'utérus. Il exerce sur la vessie qu'il écrase contre le pubis une telle pression qu'on éprouve de la difficulté à introduire la main dans la vessie ainsi comprimée, entre la paroi abdominale et le fibrome.

OBSERVATION LXXXI.

Rouffart. *Gynécologie et Obstétrique*. 1924, tome X, page 414.
(Résumée.)

Malade venue consulter, parce qu'elle présentait de la rétention d'urine au moment de ses règles, qui étaient abondantes. Utérus en rétroversion, avec col porté vers le haut.

Hystérectomie subtotale.

Diagnostic opératoire : Noyau fibromateux développé dans la paroi postérieure du corps utérin; de petits noyaux fibromateux du volume d'un pois à celui d'une amande occupent l'épaisseur de la paroi supérieure de l'utérus.

Suites normales.

OBSERVATION LXXXII.

Santy et Tixier. *Lyon Médical*, 1914, tome CXXII, p. 232
(Résumée.)

Malade entrée pour des accidents de rétention d'urine. Depuis quelques mois, sans antécédents pathologiques antérieurs, cette malade voit survenir, sans prodromes des accès de rétention d'urine qui ne cèdent qu'aux cathétérismes et disparaissent, le plus souvent, après un seul passage de la sonde. Peu à peu la durée de la rétention, s'est un peu allongée au cours de ces accès jusqu'à atteindre trois et quatre jours, les derniers temps. Les urines contiennent un peu d'albumine. Bien que l'utérus ait été absolument silencieux et que les règles soient restées normales, on constate à l'entrée un volumineux fibrome intracervical qui semble avoir distendu l'utérus lui-même, surmonté d'une petite masse fibreuse sous-péritonéale. Le doigt trouve le col effacé par une masse dure du volume d'une tête de fœtus qui la dilate à 5 centimètres environ.

A l'intervention, on trouve un volumineux fibrome de la région cervicale, qu'il a distendu au point de constituer un véritable segment intérieur surmonté par un tout petit utérus de volume normal.

La situation précitée du fibrome le rendait donc difficile à aborder, parce que intraligamentaire des deux côtés, et surtout parce que la forme générale de la tumeur allait en s'évasant vers le vagin, dont l'insertion utérine était entièrement recouverte par une masse sphérique du volume d'une tête de fœtus, impossible à luxer. La vessie était remontée assez haut refoulée par le fibrome, mais non adhérente; les deux uretères étaient eux aussi soulevés. L'intervention s'est néanmoins effectuée sans ennuis et la malade va actuellement très bien.

OBSERVATION LXXXIII.

Schauta. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905.

Obs. I (Résumée).

Femme de 37 ans. Pendant les huit derniers jours, elle ne peut arriver à vider complètement sa vessie qu'en la comprimant par une pression abdominale. Urines troubles contenant des leucocytes et des bactéries. Le résidu vésical est évalué à un litre.

Tumeur remontant jusqu'à 3 travers de doigt de l'ombilic et un peu dévié à gauche. Le col est élevé derrière la symphyse. La tumeur remplit le petit bassin. Si on exerce des pressions sur la tumeur et qu'on la repousse en arrière, immédiatement l'urine s'écoule. La tumeur est intimement accolée à la paroi postérieure du col. La vessie est énormément dilatée et quand elle est pleine, la sonde pénètre jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

A l'intervention, fibrome de la face postérieure du col.

Hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION LXXXIV.

Schauta. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905.

Observation II (Résumée).

Femme de 47 ans, depuis 4 ans présente de fortes hémorragies. Depuis trois mois augmentation de volume de l'abdomen, depuis deux jours dysurie. Les dernières règles viennent avec

huit jours d'avance, elles durent deux jours. Elles s'accompagnent de violentes douleurs lombaires. Le médecin constate l'accroissement de volume du ventre et doit pratiquer un cathétérisme vésical.

Le col, très profondément situé derrière la symphyse, admet le doigt. Le Douglas est rempli par une tumeur qui est unie intimement au col, dont la sépare une simple rainure. La tumeur remonte jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Hystérectomie subtotale.

Guérison.

OBSERVATION LXXXV.

Schauta. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*. 1905.

Observation X (Résumée).

Femme de 45 ans. Porte un pessaire pour un prolapsus. Douleurs violentes dans le bas-ventre au moment des règles depuis 6 mois, douleurs vives en urinant.

Depuis huit jours, au début des règles la douleur en urinant devient si vive que la malade ne peut uriner que dans un bain chaud. Malgré le début des règles, la dysurie ne disparaît pas; un médecin sonde la malade et constate la tumeur.

Le col est repoussé en haut. Par pression sur la vessie et en repoussant la tumeur, on peut arriver à vider complètement la vessie. La tumeur peut être repoussée hors du petit bassin, mais elle y revient immédiatement. Par le cathétérisme, on évacue de grandes quantités d'urines claires. La sonde atteint l'ombilic.

La malade porte un bandage qui a diminué les douleurs et on lui conseille de surseoir à l'opération.

OBSERVATION LXXXVI.

Schickele. Klinische und Topographisch Anatomische Studien über Cervixmyome. *Zeitschrift für geburtschülfe und gynäkologie* 1914, tome LXXV, page 684. Observation 4. (Résumée.)

47 ans, multipare.

Entre pour des hémorragies et surtout parce que depuis deux jours elle ne peut uriner.

Myome gros comme le poing, développé dans la paroi postérieure du col.

Le col est libre. La lèvre antérieure forme comme un pli derrière la symphyse. La lèvre postérieure a la forme d'un bourrelet. L'orifice est dévié.

La vessie est repoussée en haut et son péritoine déplié.

Les deux utérines sont fortement repoussées en dehors, surtout la gauche.

OBSERVATION LXXXVII.

G. Schickele. — *Paris Médical*, 21 juin 1924, page 575.

Il y a huit ans, après des difficultés de mictions, subitement, la malade n'avait plus pu uriner. Petit à petit, son état s'améliora après que cette malade eut remarqué qu'en urinant fréquemment cette rétention pouvait être évitée.

La partie basse du fibrome, gros comme la tête d'un adulte, était dure, bosselée, et remplissait le Douglas. La vessie dépassait, d'environ 5 centimètres, le bord supérieur de la symphyse l'excavation vésico-utérine était effacée, il y avait une zone de péritoine mobile de 10 centimètres de haut sur la paroi antérieure du fibrome.

OBSERVATION LXXXVIII.

G. Schickele. — *Paris Médical*, 21 juin 1924, page 576.

Fibrome développé exclusivement dans la paroi postérieure de l'utérus, d'un volume d'ensemble comme celui d'un utérus du quatrième mois remplissant le Douglas et refoulant le col vers la symphyse. Le col est haut situé d'après un schéma accompagnant l'observation. Le fibrome abordait le plancher pelvien. Depuis quatre semaines, la femme ne pouvait plus uriner. Presque journellement son médecin était venu la sonder. Cystite.

A l'intervention (2), on trouva des adhérences avec le mésosigma.

Il est possible que la vessie en se remplissant, accentuait encore le mouvement de bascule du fibrome, de façon que secondairement, celui-ci exerce en même temps une compression et un étirement dans les parages du col et de la vessie et de l'urètre.

OBSERVATION LXXXIX.

Schickele. — *Paris Médical*, 21 juin 1924, page 577.

La malade avait été prise subitement d'une rétention complète d'urine. Son médecin l'avait sondée à différentes reprises. Les symptômes vésicaux au moment de l'admission étaient sérieux, nécessité absolue de sonder plusieurs fois par jour, car la malade ne supportait pas une distension, même moyenne, de la vessie. Le fibrome avait le volume d'un utérus à la fin du cinquième mois. Refus absolu d'opération de la part de la malade. Refus encore de notre part après avoir appris qu'un an auparavant, la malade avait été alitée longtemps pour une thrombo-phlébite, suivie d'une petite embolie cérébrale. L'auteur place une sonde à demeure, qui, d'ailleurs ne fut gardée qu'avec l'aide de petites doses de morphine, les premiers jours, tellement grande était la poussée du fibrome vers l'urètre. Après quelques jours, on réussit à débloquer la tumeur enclavée dans le détroit supérieur et à la refouler dans l'abdomen. La sonde à demeure fut alors bien supportée. On fit séance tenante, une application de rayons X, les époques disparurent après cette première séance. La malade apprit à vider sa vessie souvent, ce qui finalement lui permit de rentrer chez elle en parfait état. La malade est suivie depuis 6 mois, elle se porte bien, les difficultés de la miction ont disparu. Le fibrome est sensiblement le même, mais il reste mobile dans l'abdomen.

OBSERVATION XC.

Bland Sutton. — Etude clinique et topographique sur les fibromes du col de l'utérus. *Lancet*, 2 avril 1904, page 931.

Observation II.

Femme de 45 ans, ayant un très gros fibrome intracervical. Règles normales. Le col n'était pas très profondément situé. La malade se plaignait de pesanteurs pelviennes et de rétention d'urine.

Hystérectomie totale.

OBSERVATION XCI.

Tavernier et Chaliér. — *Lyon Médical*, 1914, tome CXXII, page 699.
(Résumée.)

Femme de 44 ans, sans le moindre passé génital ou abdominal. Présentait depuis huit jours, une volumineuse tumeur rénitente, très tendue, pelvi-abdominal, remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Comme cette femme avait quelques vomissements, souffrait du ventre et présentait un peu de fièvre on songe immédiatement à la possibilité d'un kyste de l'ovaire tordu. La malade prétendait bien uriner. On cathétérise la malade avant l'intervention; le cathétérisme fut difficile, car l'urètre était déviée, et fortement comprimé contre la symphyse pubienne; malgré cela la sonde évacue deux litres et demi d'urine et fit disparaître la tumeur. Le toucher vaginal fit sentir un fibrome utérin, tout entier pelvien et presque immobile.

Hystérectomie subtotale.

Opération difficile par suite de la situation basse du fibrome, de son enclavement dans le ligament large droit et de sa fixité dans le petit bassin. L'utérus, normal au niveau de son fond présentait au niveau de l'isthme un fibrome sphérique du volume d'une tête de fœtus faisant surtout saillie en avant et à droite.

OBSERVATION XCII.

Tedenat. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*,
Lyon, Montpellier, etc..., avril 1914.

In thèse, Harel. Observation IV. (Résumée.)

Femme de 24 ans. Ménorrhagie depuis 6 ans. Mictions fréquentes depuis 2 ans; dans les 6 derniers mois, il a fallu à plusieurs reprises sonder la malade. Quinze jours avant son entrée, la malade a dû être sondée deux fois par jour. Très gros fibrome enclavé derrière la symphyse qu'il embrasse dans sa concavité formé par deux lobes : l'inférieur remplit le vagin, le supérieur dépasse la symphyse de huit travers de doigts.

Urines purulentes.

Laparotomie. Le corps utérin occupe la partie postéro-supé-

rière de la tumeur qui s'implante sur le col par un pédicule épais de trois centimètres, large de deux centimètres.

Myomectomie.

Suites normales. Disparition des troubles urinaires.

OBSERVATION XCIII.

Tedenat. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*,
Lyon, Montpellier, etc..., avril 1914.

In thèse Harel. Observation V. (Résumée.)

Femme de 48 ans, ménorragie depuis 18 ans. Mictions fréquentes depuis trois ans, depuis deux ans à plusieurs reprises rétentions d'urines.

A son entrée, mictions par regorgement. Le cathétérisme est difficile à pratiquer, l'urètre étant comprimée. Pyonéphrose bilatérale. Décès.

A l'autopsie, on trouve un fibrome de la région antéro-supérieure du col, ou il s'attache par un pédicule large de trois centimètres. Le fibrome est presque entièrement calcifié dans ses plans superficiels, comprime fortement la région sus-cervicale de la vessie contre la partie inférieure de la symphyse pubienne. Le corps fibreux adhère fortement à la vessie et fait corps avec sa muqueuse, très amincie et portant de menues ulcérations. Le fibrome pèse 2.300 grammes. Le corps utérin est normal, les uretères étaient fortement dilatés et les reins, très distendus par le pus, avaient leur tissu réduit à une couche épaisse de deux à trois centimètres.

OBSERVATION XCIV.

Thomas. — Rétention complète d'urine par un fibrome de la face postérieure de la matrice en rétroflexion. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg*, 2 février 1924. (Résumée.)

- Femme de 43 ans, vierge, prise brusquement dans la nuit du 14 au 15 février 1923, de violentes douleurs dans le bas-ventre, sans vomissements, sans arrêt des gaz. Depuis la veille, elle est incapable d'émettre la moindre goutte d'urine. Dans la matinée du 15, les règles surviennent. Depuis un an elle ressent quelque-

fois de vagues douleurs dans l'abdomen. A trois reprises les règles ont manqué pendant deux ou trois mois. Les pertes de sang n'ont jamais été exagérées.

La malade est examinée le 15 au matin : on trouve un ventre fortement distendu dans le bas, par une tumeur remplissant une grande partie du bassin, s'élevant à deux doigts au-dessus de l'ombilic, de consistance kystique, arrondie dans le haut, immobile. Le toucher révèle la persistance de l'hymen, un vagin étroit et peu profond. Le col se trouve à un doigt au-dessus de la symphyse dirigé en haut, en continuité avec une tumeur dure, lisse, indolore, immobile qui remplit le petit bassin, bombe fortement vers le bas et a la consistance d'un fibrome. Cette tumeur est en relation directe avec la tumeur kystique décrite plus haut. La malade est sondée avec une sonde masculine, qui pénètre sans grande difficulté dans la vessie de laquelle on retire 70 centimètres cubes d'urine absolument limpide. L'auteur pose le diagnostic de fibrome de la matrice en rétroversion avec tumeur kystique, peu d'origine ovarienne accolée au fibrome. A partir de ce moment, elle émet spontanément toutes les 5 à 6 heures, 70 à 90 centimètres cubes d'urine. Le 20 février, les pertes de sang s'arrêtent. La température est normale, le pouls bat à 76. La miction restant toujours imparfaite, la malade se décide à l'intervention qui est faite le 22 février. Avant l'intervention la malade est sondée avec une petite sonde droite en verre que l'on est obligé d'introduire verticalement. Il s'écoule alors près de trois litres d'urine absolument limpide. La tumeur kystique s'est complètement affaissée. Se méfiant de l'élévation de la vessie, l'auteur arrête l'incision de la paroi abdominale à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse. Malgré cela, le dernier coup de bistouri ouvre une cavité préperitonéale de la grandeur d'une pomme s'étendant vers la cavité de Retzius, à parois lisses, mais sans aucune ouverture. Boutonnière dans le péritoine un peu plus haut, mais la vessie se trouvait à bonne distance de cette cavité.

Hystérectomie.

Diagnostic opératoire : deux noyaux fibromateux de la paroi postérieure de la matrice, formant un bloc de la grandeur d'un poing d'adulte, quatre petits fibromes pédiculés, du volume d'une prune, au niveau du fond utérin.

Suites : 6 heures après l'opération, l'opérée urinait spontanément, en vidant complètement sa vessie. Urines claires. Disparition complète des troubles de la miction.

OBSERVATION XCV.

Tribondani. — *Annali di Ostretica e Ginecologia*, 1900, page 553.

Observation IV. (Résumée.)

Femme de 40 ans. Trois fois pendant le dernier mois, la malade a présenté de la rétention d'urine et a dû être sondée. A la palpation, on trouve dans la région hypogastrique, une masse dure, piriforme et mobile. Au toucher vaginal, on sent le col reporté en haut et refoulé contre la symphyse, l'orifice cervical est entr'ouvert. L'excavation pelvienne est occupée par une masse qui dépasse en haut le détroit supérieur. Un cathéter vésical se dirige en avant et un peu à droite et remonte à trois travers de doigt au-dessus de symphyse pubienne.

A l'intervention, on trouve un fibrome du volume d'une tête d'enfant développé aux dépens de la face postérieure de la portion sus-vaginale du col et profondément inclus dans le pelvis. Le corps utérin est en avant et au-dessus de lui. Myomectomie abdominale. Guérison.

OBSERVATION XCVI

Tribondani. — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des fibromes du col. *Annali di Ostretica e Ginecologia*, 1900, page 553. Observation VII. (Résumée.)

Femme de 46 ans, reçue à l'hôpital parce qu'elle souffre depuis un an pendant ses mictions. On dut même avoir recours, pendant cette dernière année au cathétérisme. Ses règles toujours très régulières auparavant devinrent irrégulières avec la difficulté des mictions. Un peu d'albumine dans les urines.

Au toucher, le doigt est arrêté, à trois centimètres de la vulve par une tumeur à surface irrégulière, développée aux dépens de la face postérieure et gauche du col et qui occupe toute la partie correspondante du bassin. Par le palper abdominal, on

retrouve la tumeur qui dépasse le pubis de trois travers de doigt et que l'on sent en arrière du corps utérin.

Myomectomie vaginale. Guérison.

OBSERVATION XCVII.

Villar. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906. page 155.

(Résumée.)

41 ans. Le seul trouble urinaire accusé par la malade depuis un an est une rétention d'urine de quatre jours.

A l'examen de la malade, on sent une tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance élastique, mate à la percussion et qu'il est impossible de mobiliser. Au toucher, on sent une saillie volumineuse, emplissant tout le vagin surtout à droite de consistance élastique, non douloureuse. Il est impossible de sentir le col. Par le palper bi-manuel, il est impossible de mobiliser la tumeur qui paraît fortement enclavée dans le petit bassin. Le spéculum ne donne aucun renseignement particulier. On ne peut voir le col. Cette tumeur ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel; il existe un peu de pollakiurie.

A l'intervention, très gros fibrome de la face postérieure du col, enclavé dans le petit bassin et incluse dans le ligament large surtout à droite. Le corps de l'utérus de volume normal est collé à la partie supéro-latérale gauche de la tumeur. Hystérectomie totale. Suites simples.

OBSERVATION XCVIII.

Vincent. — *Lyon Médical*, 1896, tome LXXII, page 432 (résumée).

Femme de 41 ans, entrée à l'hôpital sur les conseils de son médecin, qui venait de lui extraire, en trois séances, 10 litres d'urine trouble sanguinolente et nauséabonde. Depuis 2 jours, elle ne peut uriner et depuis plusieurs jours, la défécation est aussi impossible que la miction.

Au premier examen, on eût pu prendre la vessie pour un kyste de l'ovaire, car elle remontait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Avec une sonde flexible d'homme, on retire deux litres d'urines troubles, sanguinolentes et infectes. La vessie

évacuée, on constate l'existence d'une tumeur solide, remontant moins haut que la vessie, à deux doigts au-dessous de l'ombilic et occupant toute l'excavation. Cette tumeur est enclavée, elle écrase le rectum en arrière et l'urètre en avant.

Hystérectomie abdominale. La vessie était gangrénée mais la gangrène n'était arrivée à détruire toutes les tuniques de la vessie qu'en avant, derrière la symphyse pubienne. Impossible de songer à faire une suture; pour boucher la perte de substance on fixa donc par quelques points la paroi antérieure de la vessie avec la paroi abdominale, puis on y plaça des drains comme pour une cystostomie, une sonde Pezzer fut placée en outre à demeure, du fond de la vessie au méat.

Décès au troisième jour.

OBSERVATION XCIX.

Violet. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. *Lyon Médical*, 1909, tome CXIII, page 1150 (résumée).

Malade âgée de 45 ans, entrée pour des crises de rétention d'urine. A l'examen, on trouvait un fibrome du volume d'une tête d'enfant enclavé dans le pelvis et développé à la face postérieure du col.

Au cours de l'intervention, on constata que ce fibrome intraligamentaire latéralement venait se mettre au contact des uretères. Devant les difficultés pour désenclaver le fibrome, on pratiqua une hémisection de l'utérus et de la tumeur. Chacune des deux valves ainsi formées, fut enlevée facilement. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La rétention d'urine est une complication rare des fibromes utérins (2 % environ); mais cette complication est d'autant plus intéressante, qu'elle peut survenir chez une femme n'ayant aucun autre symptôme fonctionnel pouvant faire penser à l'existence d'un fibrome, que l'on découvre seulement au cours de l'examen de la malade. Cette rétention d'urine, ouvrant la scène, comme dans un certain nombre de cas d'hypertrophie prostatique, prend ainsi une valeur séméiologique importante.

II. — Presque toujours, il s'agit de rétentions complètes aiguës; parfois cependant, de rétentions chroniques incomplètes avec ou sans distension vésicale; dans ces derniers cas, il peut exister des phénomènes de pseudo-incontinence ou des mictions par regorgement; ces mictions par regorgement peuvent facilement passer inaperçues et demandent à être recherchées.

III. — Dans les traités classiques, cette rétention d'urine est considérée comme étant presque exclusivement en rapport avec la présence de fibrome de la face antérieure du col. Or, non seulement les fibromes de la face antérieure du col ne sont pas les seuls à déterminer de la rétention, mais ils sont bien loin d'être les plus fréquents. La rétention d'urine se rencontre, le plus souvent, dans le cas de fibromes de la face postérieure de l'utérus, soit du col, soit surtout du corps.

IV. — La pathogénie de ces rétentions d'urine est souvent mixte. Parmi les causes mécaniques nous retiendrons la compression et l'étirement de l'urètre. La compression de l'urètre est, soit directe, pour les fibromes de la face antérieure du col, soit indirecte, par l'intermédiaire du col, bas situé et plaqué contre la symphyse, pour les fibromes de la face postérieure de l'utérus (col et corps). L'étirement de l'urètre joue un rôle des plus importants. Tantôt cet étirement est dû à la traction déterminée par un énorme fibrome intra-abdominal; tantôt cet étirement est dû à ce que l'utérus est refoulé en masse, en haut et en avant, par un fibrome postérieur; tantôt enfin, l'étirement est causé par une bascule de l'utérus porteur du fibrome, de façon analogue à ce qui se passe dans les rétentions d'urine par rétro-déplacements d'utérus gravidés.

Mais à ces causes mécaniques s'ajoute, et souvent de façon prédominante, la congestion pelvienne qui paraît

jouer ici un rôle analogue à celui qu'elle joue chez les prostatiques.

V. — Enfin, bien que l'ascension du cul-de-sac péritonéal antérieur puisse se rencontrer dans des cas de fibromes non compliqués de rétention d'urine, il faut se souvenir de cette possibilité et faire une incision haute du péritoine, au cours de la laparotomie

VU : *Le Président,*
H. HARTMANN.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ BARNES. — Clinical Lectures on affections of the bladder in their relation to uterine and peri-uterine diseases. — *Lancet*, 1875. Volume I, page 5.
- ² BÉRARD ET MURARD. — *Lyon Médical*, 1911, tome CXVII, page 538.
- ³ DE BERNE LAGARDE. — Ne ponctionnez plus la vessie. — *L'Hôpital*, 1923, n° 104.
- ⁴ BOURDON. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1871, page 332.
- ⁵ BOUSSI. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1877, page 574.
- ⁶ BOUVIER. — Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. — *Thèse*, Bordeaux, 1900-01.
- ⁷ BRIN. — Des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes. — *Archives Médicales d'Angers*, 1905, page 321.
- ⁸ BUDIN. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1874, page 531.

- ⁹ BURGOS. — Des troubles urinaires causés par les fibromes utérins. — *Revista Medica de Sao-Paulo*, 1912, tome XV, n° 3.
- ¹⁰ CAILLAUD. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1911, page 595.
- ¹¹ CASTET. — Complications urinaires des fibromes utérins. — *Thèse*, Bordeaux, 1906.
- ¹² CATHALA. — Pyélonéphrites gravidiques. — *Thèse*, Paris, 1904.
- ¹³ CHALIER. — *Lyon Médical*, 1914, tome CXXII, page 595.
- ¹⁴ CHARDON ET CHENAIS. — Cystite chronique pseudo-membraneuse secondaire à un fibromyome chez une aliénée. — *Bulletins de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, Rennes, 1902, page 136.
- ¹⁵ CHAUBET. — Contribution à l'étude des fibromyomes vaginaux. — *Thèse*, Lyon, 1922-23.
- ¹⁶ CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 1893, tome LXXIV, page 407.
- ¹⁷ COUVELAIRE. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. — 14 mars 1910. Discussion.
- ¹⁸ CULMEN. — La rétention d'urine chez la femme. — *Prensa Medica Argentina*, janvier 1923, page 702.
- ¹⁹ DELBET (Paul). — Des modifications apportées à la

forme et au fonctionnement de la vessie par les divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. — *Paris-Chirurgical*, 1922, n° 8.

²⁰ DELBET (Paul). — *Traité d'anatomie* de Poirier, C. Harpy. Article *Vessie*.

²¹ DELBET (Pierre). — Allongement hypertrophique du col de l'utérus et rétention d'urine. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1894, page 189.

²² DELEUZE. — Contribution à l'étude des ruptures et perforations de la vessie. — *Thèse*, Lyon, 1901-1902.

²³ DEMARQUAY. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1858, page 526.

²⁴ DIONET. — Contribution à l'étude des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes utérins. — *Thèse*, Lyon, 1913-1914.

²⁵ FAURE (J.-L.). — Compte rendu de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. — 1906, page 143. Discussion.

²⁶ FAURE ET SIREDEY. — *Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale*, 3^e édition.

²⁷ FORGUE ET MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916, page 275.

²⁸ FRAYSSE. — De l'anurie au cours des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire. — *Thèse*, Bordeaux, 1904

- ²⁹ GALABIN. — *Transaction of the obstetric Society of London*, 1904, tome XLV, page 175.
- ³⁰ GARY. — *Société de Médecine et de Chirurgie Pratique de Montpellier*, 21 décembre 1892.
- ³¹ GAUDICHON. — Les tumeurs bénignes et malignes de la paroi antérieure du vagin. — *Thèse*, Bordeaux, 1920-1921.
- ³² GILLETTE. — Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens — *Journal de l'anatomie*, 1869.
- ³³ GRATTERY. — Des troubles vicéreaux d'origine menstruelle. — *Thèse*, Paris, 1888.
- ³⁴ GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Cystites membraneuses. — *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1887, page 385.
- ³⁵ HANOT. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1873, page 181.
- ³⁶ HAREL. — Des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. — *Thèse*, Montpellier, 1919.
- ³⁷ HARTMANN. — Les hématuries dans les fibromes utérins. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1901, tome LVI, page 192.
- ³⁸ HARTMANN. — Hématuries vésicales dans la rétention

d'urine. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1888, page 101.

- ³⁹ HARTMANN. — Des névralgies vésicales, 1889.
- ¹⁰ HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétentions d'urine. — *Travaux de Chirurgie*, 2^e série, Paris, 1904, page 251.
- ⁴¹ HARTMANN ET BONNET. — Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 12 novembre 1923, *in extenso* dans *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, tome IX, n^o 2, pages 173 à 183.
- ¹² HAULTAIN. — A clinical and anatomical study of thirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. — *The Edinburgh Medical Journal*, 1907.
- ¹³ HIDD. — *Journ. de Soc. Med.*, Dublin, 1872.
- ¹¹ IZARD. — Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région utéro-vésicale. — *Thèse*, Paris, 1903-1904.
- ¹⁵ JACOBS. — *Bulletins de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1889, tome X, page 249.
- ¹⁶ JACOBS. — La vessie irritable chez la femme. — *Poli-clinique*, Bruxelles, 1896.
- ¹⁷ M^{lle} KAGAN. — Contribution à l'étude des troubles vésicaux chez la femme en dehors de la grossesse. — *Thèse*, Paris, 1912-1913.

- ⁴⁸ KELLER. — Enclavement intermittent des tumeurs pelviennes. — *La Gynécologie*, 1923, page 412.
- ⁴⁹ KELLY ET CULLEN. — Myomata of the uterus. — *Philadelphie*, 1909, page 376.
- ⁵⁰ KOLISCHER. — Clinical relations of the female Bladder to the other organs. — *The urologic and cutaneous Review*, avril 1920, page 185.
- ⁵¹ LABEY ET TIXIER. — Indication du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. — *Rapport du troisième congrès de chirurgie*, Paris, 1924.
- ⁵² LAROYENNE. — *Thèse de Seyre*, Lyon, 1887.
- ⁵³ LE FILIATRE. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1913, page 434.
- ⁵⁴ LEGAL LASSALLE. — Des fibromes du col de l'utérus. — *Thèse Paris*, 1913-1914.
- ⁵⁵ LEGUEU. — Des relations pathologiques entre l'appareil et l'appareil urinaire chez la femme. — *Annales des maladies génito-urinaires*, Paris, juillet 1897, page 681.
- ⁵⁶ LEGUEU. — Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. — *Journal d'Urologie*, 1912, page 33.
- ⁵⁷ LEJARS. — Notes sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1906, page 142.

- ⁵⁸ LE LORIER. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 novembre 1923. (Discussion.)
- ⁵⁹ LOUBAT ET MANGÉ. — Hématurie vésicale, complication de fibrome utérin. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Bordeaux, 1923, page 498.
- ⁶⁰ LOUMEAU. — Fibrome simulant une tumeur de la vessie. — *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1901, tome XIII, page 1.
- ⁶¹ MADON ET GUIBAL. — Rétention d'urine par fibrome utérin à symptomatologie atypique. — *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, 11 janvier 1924.
- ⁶² MARTIN. — *Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1906, page 143. (Discussion.)
- ⁶³ MAUCLAIRE. — Fibrome utérin rétrocervical enlevé par énucléation après hémisection totale du corps utérin. — *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, 1902, page 319.
- ⁶⁴ MONOD (E.). — Etude clinique de la cystite chez la femme, considérée spécialement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — *Annales de Gynécologie*, 1880, page 167.
- ⁶⁵ METZGER. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 novembre 1923. (Discussion.)

- ⁶⁶ MICHON. — Rétention d'urine incomplète et pollakiurie. Myomectomie abdominale. Guérison. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898, page 825.
- ⁶⁷ MINVIELLE. — Les troubles de la miction dans les fibromes de l'utérus. — *Thèse*, Paris, 1909-1910.
- ⁶⁸ MORRIS. — *British Medical Journal*, 1886.
- ⁶⁹ MURET. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, page 207.
- ⁷⁰ NICOLSKY. — Evolution et complication des fibromes utérins. — *Thèse*, Paris, 1922-1923.
- ⁷¹ PATEL. — Fibrome de la face postérieure du vagin. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 6 février 1922.
- ⁷² PELLANDA. — La mort par fibro-myomes utérins. — *Thèse*, Lyon, 1904-1905.
- ⁷³ PINARD ET VARNIER. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1886, tome II, page 338 et 1887, tome I, page 85.
- ⁷⁴ POURRAT. — Complications urinaires des corps fibreux de l'utérus. — *Thèse*, Paris, 1884-1885.
- ⁷⁵ POUSSEON. — Incontinence d'urine chez une femme atteinte d'un fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin. — *Journal d'Urologie*, 1920, tome X, page 57.

- ⁷⁶ POZZI. — La myomectomie abdominale. — *Presse Médicale*, 1908, page 849.
- ⁷⁷ POZZI. — *Traité de Gynécologie*, quatrième édition, page 352.
- ⁷⁸ RABÈRE. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1911, page 812.
- ⁷⁹ REED (Ch). — The etiology of the ischiura in retroflexion of the gravid uterus. — *American Journal of Obstetris*, 1904, page 145.
- ⁸⁰ REVERDIN. — *Annales génito-urinaires*, 1886.
- ⁸¹ ROCHET. — Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs ayant comprimé les uretères et déterminé les lésions rénales. — *Gazette des Hôpitaux*, 1897, n° 147.
- ⁸² RONDOT. — *Bulletins de la Société Anatomique*, 1875, page 273.
- ⁸³ ROUFFART. — Quelques indications du traitement opératoire des fibromes utérins. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, tome X, page 410.
- ⁸⁴ SANTY ET TEXIER. — *Lyon Médical*, 1914, tome CXXII, page 232.
- ⁸⁵ SCHAUTA. — Retrovesicale Cervicalmyome. — *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905, n° 81 à 12.
- ⁸⁶ SCHICKELE. — *Klinische und Topographisch Anatomis-*

che Studien über Cervixmyome. *Zeitschrift für Geburtschülfe und Gynäkologie*, 1914, tome LXXV, page 684.

- ⁸⁷ SCHICKELE. — Quels sont les fibromes qu'il faut opérer. — *Paris Médical*, 21 juin 1924, page 572.
- ⁸⁸ SCHMITT. — Situation de la vessie dans les fibromes utérins. *Médical Record*, 1905.
- ⁸⁹ SEYRE. — Thèse, Lyon, 1887.
- ⁹⁰ SIREDEY. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 novembre 1923. (Discussion.)
- ⁹¹ SUTTON. — A topographical and clinical Study of fibroids of the neck of the uterus. — *Lancet*, 1904, page 931.
- ⁹² TAVERNIER ET CHALIER. — Volumineuse rétention d'urine simulant un kyste de l'ovaire tordu et lié à l'existence d'un fibrome latent de l'isthme utérin. — *Lyon Médical*, tome CXXII, page 699.
- ⁹³ TEDENAT. — Sur les fibromyomes du col de l'utérus. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris*, Lyon, Montpellier, etc., avril 1914.
- ⁹⁴ TERILLON. — Rapport des kystes de l'ovaire avec les organes génitaux. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1884, page 1.
- ⁹⁵ THOMAS. — Rétention complète d'urine par un fibrome de la face postérieure de la matrice en rétroflexion.

— *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg*, 2 février 1924.

- ⁹⁶ TREUB ET BRINDEAU. — Bar, Brindeau, Chambrelent.
— *La pratique de l'art des accouchements*, tome II,
page 366.
- ⁹⁷ TRIBONDANI. — Contributo clinico e anatomico patologico allo studio dei fibromi cervicali. — *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, Milano, 1900, page 553.
- ⁹⁸ TRILLAT. — Etude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907, page 148.
- ⁹⁹ VERGELY. — Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral. — *Thèse*, Paris, 1899-1900.
- ¹⁰⁰ VENOT. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes. — *Annales de Gynécologie*, 1907, page 287.
- ¹⁰¹ VILLAR. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906, page 155.
- ¹⁰² VINCENT. — *Lyon Médical*, 1896, page 432.
- ¹⁰³ VIOLET. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. — *Lyon Médical*, 1909, tome CXIII, page 1150.

- ¹⁰⁴ ZUCKERKANDL. — Ueber eine Forme der irritablen Blase
beim Weibe. Wiener Mediz. Presse, 1894, n^{os} 20
et 21, pages 756 et 806.
-

PARIS. — SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION. — 942.
